



טופס הרשמת שחיין/נית באיגוד השחייה בישראל

חובה לצרף לטופס זה צילום או ספח של תעודת זהות ואישור ביצוע בדיקה רפואית

שם משפחה

שם פרטי מין (בחר) זכר נקבה

מס' תעודת זהות (חובה לגיין 9 ספרות) ארץ לידה

תאריך לידה שם האב תאריך בדיקה רפואית

ענף המעילות (בחר) שחייה שחייה אומנותית מאסטרס

שם משפחה בלועזית שם פרטי בלועזית

שם האגודה מס' האגודה

מס' דרכון תוקף הדרכון

תאריך עליה מספר אישי בצה"ל

תאריך גיוס תאריך שחרור

שם היישוב רחוב

מס' הבית מיקוד

ת.ד. מיקוד

דוא"ל

טלפון בבית (כולל איזור חינם) פקס בבית

טלפון בעבודה פקס בעבודה

טלפון סלולארי ביפר

חתימת מנכ"ל התחיה באגודה

חתימת החברים ועד וינגייט

חתימת השחיין/נית

המועל שרקס
 פ"ת שחייה
 ע"ר 580238160

חתימת האגודה

לשימוש האיגוד בלבד

קבלה

הודעת חיוב



חתימת איגוד השחייה בלבד