**Přihláška Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR z. s.**

**Klub „Radost“ Prostějov**

**Zdravotně postižený/á člen/ka**

Příjmení a jméno

Datum narození Rodné číslo

Bydliště

PSČ Telefon

E-mail Zdrav. pojišťovna

Druh průkazky TP\* ZTP\* ZTP/P\* (nutno doložit oboustrannou kopií průkazu)

Průkazka číslo Doba platnosti do

Druh postižení

Datum přihlášení \*\*Podpis člena nad 15 let

**Matka/přítelkyně klubu** datum přihlášení

Příjmení a jméno

Datum narození Rodné číslo

Bydliště

PSČ Telefon

E-mail Zdrav. pojišťovna

\*Druh průkazky TP\* ZTP\* ZTP/P\* Průkazka číslo

Doba platnosti do \*\*Podpis

**Otec/přítel klubu** datum přihlášení

Příjmení a jméno

Datum narození Rodné číslo

Bydliště

PSČ Telefon

E-mail Zdrav. pojišťovna

\*Druh průkazky TP\* ZTP\* ZTP/P\* Průkazka číslo

Doba platnosti do \*\*Podpis

\*\*Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s tím, aby byly osobní údaje obsažené v této přihlášce zpracovávány výhradně pro potřeby ARPZPD v ČR z. s., klub „Radost“ Prostějov , v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (101/2000 Sb.) a ve znění pozdějších předpisů. Současně souhlasím s pořizováním foto a video dokumentace z akcí, které mohou být použity k propagaci naší organizace.

\*Nehodící se škrtněte **Datum přihlášení se shoduje s prvním zaplaceným příspěvkem**