



KASAŠKI KLUB STOŽICE LJUBLJANA

Stožice 28, 1000 Ljubljana

PRISTOPNA IZJAVA

Ime: Priimek:

Naslov:

Poštna številka: Kraj:

Datum rojstva: Kraj rojstva: Spol: **M** **Ž**

Telefon: GSM:

Elektronski naslov:

S podpisom izjavljam, da želim postati član-ica KASAŠKEGA KLUBA STOŽICE LJUBLJANA in, da sprejemam statut društva ter sem se pripravljeno-a ravnati po njem.

Društvu dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo mojih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva, pri čemer je dolžno ravnati v skladu z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1). Dovoljujem tudi javno objavljanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazuje dejavnost društva in vsebuje moje posnetke.

Datum: _____

Podpis: _____

PISNO SOGLASJE ZAKONITEGA ZASTOPNIKA

(za včlanitev otroka starega od 7 do 15 let)

Soglašam, da se moj otrokvčlani v KASAŠKI KLUB STOŽICE LJUBLJANA.
(ime in priimek)

Ime in Priimek zakonitega zastopnika:

Datum: _____

Podpis: _____

IZPOLNI DRUŠTVO

Pogoji za včlanitev v društvo **SO** **NISO** izpolnjeni.

(žig in podpis)