

NEVEZÉSI LAP

47. felmenő rendszerű Országos Elsősegélynyújtó Verseny

Kategória kérjük X-szel jelölje!	<input type="checkbox"/>	gyermek	<input type="checkbox"/>	ifjúsági	<input type="checkbox"/>	felnőtt
--------------------------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	---------

Megyei Szervezet neve	
Kapcsolattartó neve felelős megyei munkatárs	
telefonszáma	
e-mail címe	

Csapat pontos neve az oklevélre kerülő név	
Kapcsolattartó neve pl. csapatkísérő/felkészítő	
telefonszáma	
e-mail címe	

Iskola neve csak iskolai csapat esetén	
címe	
telefonszáma	
e-mail címe	

Csapattagok

	Név	Születési idő	Lakcím szerinti település neve
Csapatkapitány			
Versenyző			
Versenyző			
Versenyző			
Versenyző			

Beküldési cím:

Beküldési határidő: