



## PŘIHLÁŠKA

**za řádného člena  
Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR**

Jméno: .....

Příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

Telefon: .....

Email: .....

.....

Datum

.....

podpis