



## Zrušit registraci

\* hráče  
trenéra  
delegáta  
lékaře

rozhodčího  
administrátora  
zdravotníka  
maséra

Jméno a Příjmení

ID

RČ

Adresa

E-mail

Mobilní telefon

V souladu s příslušnými ustanoveními Evidenčního a registračního řádu ukončuji podpisem této listiny svou registraci ve FAČR, a to dle výše uvedené identifikace.

V

dne

**Podpis**

\* Zaškrtněte pouze jedno pole.