



Hrvatski atletski savez
osoba s invaliditetom

Datum zaprimanja:

Ovlaštena osoba HASOSI:

ZAHTJEV ZA REGISTRACIJU NATJECATELJA

Atletski klub / članica HASOSI:	_____
---------------------------------	-------

Podaci o članu za kojega se podnosi Zahtjev

Prezime:	_____	Ime:	_____
Datum rođenja:	_____	Mjesto rođenja:	_____
OIB:	_____		
Adresa prebivališta: (ulica, kućni br., poštanski br., mjesto)	_____		
Disciplina:	_____		
Opis invaliditeta:	_____		

- Priložiti uz Zahtjev:
- fotografija veličine 30x40mm (ne starija od 6 mjeseci)
 - medicinska dokumentacija o invaliditetu, ne starija od 12 mj.
 - preslika domovnice ili osobne iskaznice
 - privola za prikupljanje osobnih podataka

Napomena: HASOSI može zatražiti dopunu medicinske dokumentacije s ciljem kvalitetnijeg uvida u zdravstveno stanje.

Mjesto i datum:	Ovlaštena osoba kluba/članice:	Potpis i pečat:
_____	_____	_____

Ne ispunjavati (ispunjava Ured HASOSI)

Navedeno oštećenje člana Kluba (članice HASOSI), za kojega se podnosi ovaj Zahtjev,

udovoljava

ne udovoljava

klasifikacijskom sustavu Međunarodnog paraolimpijskog odbora te se natjecateljska iskaznica,
sukladno tome, izdaje – ne izdaje!

Potpis ovlaštene osobe HASOSI

M.P. _____