

# ŽÁDOST O ČLENSTVÍ V ČESKÉ FEDERACI AIKIDÓ

## Oddíl

Název oddílu: \_\_\_\_\_

Město: \_\_\_\_\_

Ulice: \_\_\_\_\_

PSC: \_\_\_\_\_

## Zástupce oddílu

Jméno: \_\_\_\_\_

Příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

ICQ: \_\_\_\_\_

Zástupce oddílu svým podpisem potvrzuje, že je seznámen a souhlasí se stanovami České federace aikidó.

..... dne ..... v .....  
podpis zástupce oddílu

---

Členové Rady federace svými podpisy souhlasí s členstvím výše uvedeného oddílu.

.....      .....      .....      .....  
prezident ČFAI      prezident TK ČFAI      sekretář ČFAI      pokladník ČFAI