

Spelaruppgifter



Laget heter: (t.ex. F06) _____

Namn: _____

Personnummer (12 siffror): _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Mejladress: _____

Vårdnadshavare 1

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Mejladress: _____

Vårdnadshavare 2

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Mejladress: _____

Jag godkänner att mitt barn får förekomma på bilder som Eskilstuna Basket kan publicera på t.ex. EB:s hemsida, sociala medier och i annan marknadsföring:

ja nej

Jag godkänner att Eskilstuna Basket kan kontakta båda vårdnadshavarna:

ja nej

Eskilstuna Basket behöver dessa uppgifter för att administrera verksamheten och medlemmarna. Om du ser att den behöver korrigeras eller om du vill ha mer information om hur personuppgifterna hanteras: ta kontakt med Eskilstuna Basket. (kansliet@eskilstunabasket.se)

Jag godkänner att Eskilstuna Basket hanterar de uppgifter som jag har lämnat ovan:

ja nej

Jag intygar att uppgifterna ovan är korrekta den (datum)

.....
Signatur vårdnadshavare 1

.....
Signatur vårdnadshavare 2