

المركز القطرى للدفاع عن النفس

Photo

Qatar Martial Arts Centre

طلب اشتراك

للموسم 20 / 20

­­­­

بيانات اللاعب

الاسم رباعي : ......................................................................................................Full Name :

تاريخ الميلاد : / / / / Date Of Birth :

الوظيفة : ................................ Occupation : - رقم الهاتف و الجوال : .................... Tel & Mobile

العنوان : ............................................................................................................ Address:

الجنسية : ........................................................................................................ Nationality :

إقرار موافقة ولي الأمر

أقر أنا : ........................................... ولي أمر المشترك : ........................................

بالموافقة علي انضمامه بالمركز القطرى لالعاب الدفاع عن النفس و بصحة جميع البيانات المذكورة

توقيع ولي الأمر : ........................................ التاريخ : / /

التليفون :55535287-66559966 – ص.ب : 21965 – الدوحه – قطر