

Medlemslista för Salt – barn och unga i EFS

REDOVISNING FÖR

VT _____

HT _____

Lista nr

Ge varje lista ett eget nummer

Salt-föreningens namn

Aktivitetens namn **Alla uppgifter ska fyllas i!** (Även datum)

Jag vill vara medlem i Salt under hela 20 ____

1.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
2.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
3.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
4.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
5.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
6.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
7.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
8.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
9.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort
10.	Förnamn och efternamn	Kön	Personnummer 12 siffror	Adress, postnummer
Mailadress			Telefonnummer	Ort

Alternativ 1

Datum	Namnteckning

Alternativ 2

Medlemsavgift	Datum	Ledares signatur

Härmed antas ovanstående som medlemmar i Salt-föreningen,
samtidigt som riktigheten av lämnade uppgifter intygas

.....
namnteckning

.....
namnförtydligande & funktion