

# INDMELDELSBLANKET TIL



## Albertslund Golfklub

Undertegnede, der er bekendt med vedtægterne for Albertslund Golfklub, ønsker optagelse som:

Gruppe	:	Junior
Fornavn	:	
Efternavn	:	
Adresse	:	
E-mail	:	
Postnummer	:	
By	:	
Telefon Privat	:	
Tlf.: Forældre	:	
E- mail til Forældre	:	
Mobil	:	
Fødselsdato	:	

Har du tidligere været medlem af en golfklub?

NEJ	<input type="checkbox"/>	<b>Golfklubbens navn</b>	Handicap:
JA	<input type="checkbox"/>		

Dato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift af en af forældrene

Udfyldes og returneres til: Albertslund Golfklub, Snubbekorsvej 52-54, 2620 Albertslund.  
Et medlemskab er et halvårs medlemskab og kan opsiges til 1.7. og til 31.12.