

Inschrijfformulier JAKO Voetbaldagen vv. Maarheeze i.s.m. Autisme Limburg "voetbal speciaal"

Voornaam deelnemer:	<input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Jongen <input type="checkbox"/> Meisje				
Tussenvoegsel & Achternaam:	<input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>				
Adres:	<input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>				
Postcode & Plaats:	<input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>				
Telefoon:	<input style="width: 100px;" type="text"/> evt. Mobiel: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>				
Geboortedatum:	. . . - . . . -				
E-mailadres:	<input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>				
Vereniging:	<input style="width: 100px;" type="text"/>				
Ik ben:	<input type="checkbox"/> Veldspeler <input type="checkbox"/> Keeper				
Opmerking:	<input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>				
Zorgcontract ingeleverd:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				
Gebruik medicatie:	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja nl. om uur				
Naam contactpersoon:	<input type="checkbox"/> Dhr. <input type="checkbox"/> Mevr. _____				
Extra informatie:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				

Tabel Kledingmaat

Indicatie confectiemaat	116 128		140 152		164 176					
Shirt	XXS		XS		S		M/L		XL	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Broek	2	3	4	5	6	7	8	9		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kousen	25-30		31-34		35-38		39-42		43-46	
	1		2		3		4		5	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Handtekening voor akkoord opgave:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>									