



HRVATSKI KUGLAČKI SAVEZ
KROATISCHER KEGLER VERBAND

NOVIGRAD 2016



P R E T P R I J A V A
ZA PROGRAM OBRAZOVANJA

PROGRAM OSPOSOBLJAVANJA
ZA POSLOVE TRENERA/ICE KUGLANJA

IME I PREZIME	
---------------	--

Datum rođenja		Spol	
---------------	--	------	--

Klub			
------	--	--	--

Mjesto stanovanja		Poštanski broj	
-------------------	--	----------------	--

Adresa stanovanja			
-------------------	--	--	--

Kontakt telefon			
-----------------	--	--	--

E-mail			
--------	--	--	--

Mjesto i datum	
----------------	--

Vlastoručni potpis polaznika	
------------------------------	--