



HUOLTAJAN SUOSTUMUS

ALLA MAINITUN ALAIKÄISEN LAPSEN VANHEMPANA/HUOLTAJANA
HYVÄKSYN SOPIMUSEHDOT JA SUOSTUN ETTÄ LAPSENI SAA OSALLISTUA
COMBAT ACADEMYN JÄRJESTÄMÄLLÄ PERUSKURSSILLE.

ALLE 18-VUOTIAAN LAPSEN HENKILÖTIEDOT

SUKUNIMI	ETUNIMET	HENKILÖTUNNUS
PUHELINNUMERO	SÄHKÖPOSTI	
KATUOSOITE	POSTINUMERO	POSTITOIMIPAikka

VANHEMMAN/HUOLTAJAN HENKILÖTIEDOT

SUKUNIMI	ETUNIMET	HENKILÖTUNNUS
PUHELINNUMERO	SÄHKÖPOSTI	
KATUOSOITE	POSTINUMERO	POSTITOIMIPAikka
ALLEKIRJOITUS		