

Medlems registrering Voll IL



(Skal leveres tilbake til trener/leder i gruppa **ferdig utfyllt** til neste trening)

Navn: _____	Kjønn: _____
Adresse: _____	
Telefon/Mobil: _____	
Fødselsdato: _____	
Mail adresse: _____	
Type medlemsskap: _____ Familie _____ Enkel (Sett kryss)	
Andre forhold som trener bør kjenne til f. eks. allergi, astma etc.: _____	

Hvilke avdelinger i Voll IL er du tilknyttet? (Sett kryss)

Barneidretten/Idretts-skulen Fotball Håndball Turn
 Badminton Hockey/Skøyter Vektløfting Turmarsj ?

Hvilke grupper er du tilknyttet i hver avdeling? (Eks. Gutter 12 - Fotball)

Foresatt 1: **Navn:** _____
Adresse: _____
Tlf/mob.: _____
Mail: _____
Eventuell sportslig erfaring: _____

Foresatt 2: **Navn:** _____
Adresse: _____
Tlf/mob.: _____
Mail: _____
Eventuell sportslig erfaring: _____

Til de foresatte: På hvilken måte kan dere som foresatte bidra med ressurser til Voll IL?
Eks: Dugnad, Trener, Lagleder, Styre, IT/Web, Organisasjon, Sponsor; Antikkmesse.
(List gjerne opp flere og/eller andre ting som dere kan bidra med for at Voll IL skal utvikle seg i en positiv retning for alle medlemmer.)

Hvilke erfaringer har dere med Voll IL?

Hva er dere fornøyd med i Voll IL?

Hva kan bli bedre i Voll IL?

____ Har levert skjema i annen gruppe, og derfor kun fylt ut navn og adresse på dette skjema.