

ŽIADOSŤ O VYKONANIE SKÚŠKY NA TS KUP – SLOVENSKÁ TAEKWON-DO ALIANCIA

NÁZOV KLUBU	
PREDSTAVITEĽ KLUBU ŽIADAJÚCI O VYKONANIE SKÚŠOK	
DÁTUM KONANIA SKÚŠOK	
ČAS ZAČIATKU KONANIA SKÚŠOK	
MIESTO KONANIA SKÚŠOK	
MENO SKÚŠAJÚCEHO INŠTRUKTORA	
KONTAKTNÝ EMAIL NA PREDSTAVITEĽA KLUBU	
DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE	

ŽIADOSŤ O VYKONANIE SKÚŠKY NA TS KUP – SLOVENSKÁ TAEKWON-DO ALIANCIA

NÁZOV KLUBU	
PREDSTAVITEĽ KLUBU ŽIADAJÚCI O VYKONANIE SKÚŠOK	
DÁTUM KONANIA SKÚŠOK	
ČAS ZAČIATKU KONANIA SKÚŠOK	
MIESTO KONANIA SKÚŠOK	
MENO SKÚŠAJÚCEHO INŠTRUKTORA	
KONTAKTNÝ EMAIL NA PREDSTAVITEĽA KLUBU	
DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE	