

„What´s your dream“ Colouring In Competition REGISTRATION

Celé jméno dítěte: *Full name of the child:*

Škola/Organizace (pokud se hodí): *School/Organisation (if applicable):*

Poštovní adresa: *Postal Address:*

PSČ: *Postcode:* _____ **Město:** *City:* _____ **Země:** *Country:* _____

Telefon: *Phone:* **+420**

E-mail:

Datum narození: *Date of birth* ____/____/____ **Věk k 1.4.2014:** *Age as of 1 April 2014:* _____

Souhlasím s pravidly a podmínkami (pro plné znění podmínek navštivte www.haemophilia.org.au)
I agree with the terms and conditions (for full terms and conditions visit www.haemophilia.org.au)

Podpis (zákonného zástupce) *Signature (legal guardian)*