

Nuwe Lidmaatskapvorm

Vorm moet asseblief volledig voltooi word



Besonderhede van hoof van gesin:		Voltooi asb in DRUKSKRIF
VAN:		
VOLLE NAME:		
NOEMNAAM:		
GEBOORTEDATUM:		
KONTAKNOMMER:		
E-POS:		
VORIGE GEMEENTE:		
Besonderhede van ander ouer/voog:		Voltooi asb in DRUKSKRIF
VAN:		
VOLLE NAME:		
NOEMNAAM:		
GEBOORTEDATUM:		
KONTAKNOMMER:		
E-POS:		
VORIGE GEMEENTE:		
Besonderhede van kind:		Voltooi asb in DRUKSKRIF
VAN:		NOEMNAAM:
VOLLE NAME:		
GEBOORTEDATUM:		GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
SKOOL:		GRAAD/OUERDOM:
ALLERGIEë EN ANDER INLIGTING:		
VORIGE GEMEENTE:		
Besonderhede van kind:		Voltooi asb in DRUKSKRIF
VAN:		NOEMNAAM:
VOLLE NAME:		
GEBOORTEDATUM:		GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
SKOOL:		GRAAD/OUERDOM:
ALLERGIEë EN ANDER INLIGTING:		
VORIGE GEMEENTE:		
Besonderhede van kind:		Voltooi asb in DRUKSKRIF
VAN:		NOEMNAAM:
VOLLE NAME:		
GEBOORTEDATUM:		GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
SKOOL:		GRAAD/OUERDOM:
ALLERGIEë EN ANDER INLIGTING:		
VORIGE GEMEENTE:		

Besonderhede van kind:		<i>Voltooi asb in DRUKSKRIF</i>	
VAN:		NOEMNAAM:	
VOLLE NAME:			
GEBOORTEDATUM:		GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
SKOOL:		GRAAD/OUERDOM:	
ALLERGIEë EN ANDER INLIGTING:			
VORIGE GEMEENTE:			
Besonderhede van kind:		<i>Voltooi asb in DRUKSKRIF</i>	
VAN:		NOEMNAAM:	
VOLLE NAME:			
GEBOORTEDATUM:		GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
SKOOL:		GRAAD/OUERDOM:	
ALLERGIEë EN ANDER INLIGTING:			
VORIGE GEMEENTE:			
Besonderhede van kind:		<i>Voltooi asb in DRUKSKRIF</i>	
VAN:		NOEMNAAM:	
VOLLE NAME:			
GEBOORTEDATUM:		GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
SKOOL:		GRAAD/OUERDOM:	
ALLERGIEë EN ANDER INLIGTING:			
VORIGE GEMEENTE:			
STRAATADRES:			
HOOF KONTAKPERSOON:			
VOORKEUR VORM VAN KOMMUNIKASIE:	<input type="checkbox"/> E-POS <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> WHATSAPP		
BESTAANDE INLIGTING KORREK, GEEN VERANDERING NODIG NIE:	<input type="checkbox"/> JA		
EK WIL GRAAG BETROKKE RAAK AS LEIER, KONTAK MY ASB:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE		
Lidmaatskap:			
KAN ONS JOU LIDMAATBEWYS AANVRA INDIEN NIE REEDS BY MORELETAPARK GEMEENTE NIE?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE		
Kleingroepe:			
REEDS IN N KLEINGROEP?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	LEIER SE NAAM:	