



**Захтев за издавање  
тренерске лиценце у Савезу за практично стрељаштво  
Србије**

Фотографија 35мм X 45мм
-------------------------------

Име (име једног родитеља) и презиме	
ЈМБГ	
Датум и место рођења	
Адреса и место становања	
Е-mail адреса	
Број телефона	
Назив организације (клуба)	

**\* Напомена:** Својим потписом потврђујем да су наведени подаци у потпуности тачни, да ћу о свим изменама обавестити ИПСЦ Србија и да прихватам Парвилник о звањима и Дозволама за рад у ИПСЦ Србија.

Место: \_\_\_\_\_

М.П.

Датум: \_\_\_\_\_ 20 \_\_. године

\_\_\_\_\_  
(потпис подносилаца захтева)