****

**PŘIHLÁŠKA KE ČLENSTVÍ**

**SDRUŽENÍ RODIČŮ A PŘÁTEL DIABETICKÝCH DĚTÍ V ČR**

**Jméno zákonného zástupce:**

**Adresa:**

**Telefonní kontakt:**

**E-mail:**

**Jméno dítěte:**

**Datum narození:**

**Záchyt diabetu:**

**Jmého lékaře – diabetologa:**

**Místo ambulance – město:**