



## ΦΟΡΜΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΝΟΜΑ ΟΜΑΔΑΣ

ΧΩΡΑ

### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Παρακαλώ  την κατηγορία που επιθυμείτε να συμμετέχετε

Αγόρια Κ15  Κορίτσια Κ15

Αγόρια Κ13

Αγόρια Κ11

### CONTACT PERSON

ΤΙΤΛΟΣ	Κος. / Κα. / κτλ	CONTACT NAME	Όνοματεπώνυμο
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
ΤΗΛ	<input type="text"/>	ΚΙΝΗΤΟ	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	<input type="text"/>		
ΠΟΛΗ	<input type="text"/>	ΤΚ	<input type="text"/>

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ (Αθλητές & Συνοδοί)  ΑΤΟΜΑ

Επιβεβαιώνω ότι όλοι οι παίκτες είναι ιατρικά ικανοί για να συμμετάσχουν στο LOUTRAKI EASTER BASKETBALL CUP 2024

Επιτρέπω τη χρήση φωτογραφιών και οποιουδήποτε άλλου αρχείου από την διοργάνωση, για πάσα νόμιμη χρήση

Επιτρέπω στον διοργανωτή να χρησιμοποιεί τα προσωπικά μου στοιχεία για να λαμβάνω ειδοποιήσεις για τις διοργανώσεις του SPORTCAMP

Εχω λάβει γνώση των υγειονομικών πρωτοκόλλων που ακολουθεί το SPORTCAMP, κατά τη διάρκεια παραμονής των ομάδων μου

\_\_\_\_\_  
Αρχηγός Ομάδας  
ΟΝΟΜΑ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ



## ΡΟΣΤΕΡ ΟΜΑΔΑΣ

### ΟΝΟΜΑ ΟΜΑΔΑΣ

ΠΡΟΠΟΝΗΤΗΣ

ΑΡΧΗΓΟΣ

#	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	E-MAIL
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Αρχηγός Ομάδας  
ΟΝΟΜΑ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ