

ΦΟΡΜΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΝΟΜΑ ΟΜΑΔΑΣ

ΧΩΡΑ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Παρακαλώ ☒ την κατηγορία που επιθυμείτε να συμμετέχετε

Αγόρια Κ16 ☐

Αγόρια Κ14 ☐

Αγόρια Κ12 ☐ (26-28/4/2027)

Κορίτσια Κ16 ☐

Κορίτσια Κ14 ☐

Κορίτσια Κ12 ☐ (26-28/4/2027)

CONTACT PERSON

ΤΙΤΛΟΣ Κος. / Κα. / κτλ CONTACT NAME Όνοματεπώνυμο
ΤΗΛ ΚΙΝΗΤΟ
E-MAIL
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΠΟΛΗ ΤΚ

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ (Αθλητές & Συνοδοί)

ΑΤΟΜΑ

Επιβεβαιώνω ότι όλοι οι παίκτες είναι ιατρικά ικανοί για να συμμετάσχουν στο LOUTRAKI EASTER BASKETBALL CUP 2027

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