

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Όνοματεπώνυμο:	
Ημερομηνία Γέννησης:	
Τηλέφωνο επικοινωνίας:	
Αρ. Μητρώου αθλητού ΚΟΣ:	*
Κωδικός Δελτίου Υγείας ΚΟΑ:	*
Ημερομηνία λήξης Δελτίου Υγείας ΚΟΑ:	*

**** Όλοι οι αθλητές πρέπει να κατέχουν αρ. μητρώου αθλητού της Κυπριακής Ομοσπονδίας Σκουός και δελτίο υγείας του ΚΟΑ. Επίσης οι συμμετέχοντες αγωνίζονται με προσωπική ευθύνη και ασφαλιστική κάλυψη και οι διοργανωτές δεν φέρουν καμία ευθύνη σε περίπτωση τραυματισμών ή απώλεια προσωπικών αντικειμένων κατά τη διάρκεια των διοργανώσεων.***

Ο/Η υποφαινόμενος/η έχω κατανοήσει και αποδέχομαι τους κανονισμούς έτσι όπως περιγράφονται στη προκήρυξη αγώνων και επιθυμώ να λάβω μέρος στο Κλειστό Παγκύπριο Τουρνουά Σκουός 2013-2014 στη πιο κάτω κατηγορία (σημειώσατε x) :

	ΑΝΔΡΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΩΝ
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
13		
15		
17		
19		

Ημερομηνία

Υπογραφή

Κυπριακή Ομοσπονδία Σκουός