

Προς: Π.Ο.Φ.Επ.Α. fax 210 8993557
email : info@pofepa.gr

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΥΠΕΛΛΟ

ΠΟΛΗ.....ΝΟΜΟΣ.....ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ.....

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΟΜΑΔΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΟΜΑΔΟΣ

.....email *.....(υποχρεωτικό)

ΗΜΕΡ. ΓΕΝ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΠΑΙΚΤΕΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΕΤΕΡ/ΑΝΕΞ/ΑΛΛΟΔ.	ΗΜΕΡ. ΓΕΝ.	ΤΗΛ.	ΔΑΙ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
---------------	-------------------	------------	------	-----	----------

1)

2)

3)

4)

5).....

6)

7)

Δ/ΝΣΗ ΕΔΡΑΣ :
(οδός - αριθμός - πόλη - ΤΚ)

ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΙ ΩΡΕΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΚΑΙ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΑΓΩΝΙΖΕΣΤΕ (τουλάχιστον 2 ημέρες)

.....
.....
.....

Συνημμένα υποβάλλω υπογεγραμμένα από όλους τους παραπάνω αθλητές/τριες το έντυπο
“Όροι Συμμετοχής στις Διοργανώσεις του Π.Ο.Φ.Επ.Α.”