

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΑΓΟΡΙΩΝ U21
(Γεννηθέντες από την 1.1.2003 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Αγοριών U21 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται ο αθλητής.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ U21
(Γεννηθέντες από την 1.1.2003 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Κοριτσιών U21 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλήτη να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται η αθλήτρια.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΑΓΟΡΙΩΝ U19
(Γεννηθέντες από την 1.1.2005 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Αγοριών U19 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται ο αθλητής.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ U19
(Γεννηθέντες από την 1.1.2005 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Κοριτσιών U19 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται η αθλήτρια.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΑΓΟΡΙΩΝ U15
(Γεννηθέντες από την 1.1.2009 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Αγοριών U15 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται ο αθλητής.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ U15
(Γεννηθέντες από την 1.1.2009 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Κοριτσιών U15 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται η αθλήτρια.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΑΓΟΡΙΩΝ U13
(Γεννηθέντες από την 1.1.2011 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Αγοριών U13 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται ο αθλητής.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ U13
(Γεννηθέντες από την 1.1.2011 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Ατομικό Πρωτάθλημα Κοριτσιών U13 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :

ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ : ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ :

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζεται η αθλήτρια.

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΔΙΠΛΟ ΜΙΚΤΟ U19
(Γεννηθέντες από την 1.1.2005 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Πρωτάθλημα Διπλό Μικτό U19 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ:

ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ: ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ : ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :
.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
 2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00 το ζευγάρι.
 3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
1. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζονται οι αθλητές.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΔΙΠΛΟ ΑΓΟΡΙΩΝ U19
(Γεννηθέντες από την 1.1.2005 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Πρωτάθλημα Διπλό Αγοριών U19 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ:

ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ: ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ : ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00 το ζευγάρι.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζονται οι αθλητές.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΔΙΠΛΟ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ U19
(Γεννηθέντες από την 1.1.2005 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Πρωτάθλημα Διπλό Κοριτσιών U19 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ:

ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ: ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ : ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :
.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00 το ζευγάρι.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζονται οι αθλήτριες.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΔΙΠΛΟ ΑΓΟΡΙΩΝ U15
(Γεννηθέντες από την 1.1.2009 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Πρωτάθλημα Διπλό Αγοριών U15 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ:

ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ: ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ : ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00 το ζευγάρι.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζονται οι αθλητές.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

ΠΑΓΚΥΠΡΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΠΙΤΡΑΠΕΖΙΑΣ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ ΔΙΠΛΟ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ U15
(Γεννηθέντες από την 1.1.2009 και μετά)

Δηλώνω συμμετοχή στο Πρωτάθλημα Διπλό Κοριτσιών U15 και υπόσχομαι ότι θα τηρώ τους Κανονισμούς του αθλήματος και θα υπακούω αναντίρρητα σε κάθε απόφαση των αξιωματούχων αγώνων και της Τεχνικής Επιτροπής της ΠΟΕΠΑ.

ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ
ΥΓΕΙΑΣ:

ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ: ΗΜΕΡ. ΛΗΞΗΣ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ : ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΕ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΓΩΝΙΖΟΜΑΙ :
.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Σημειώσεις:

1. Το Δελτίο Υγείας πρέπει να παρουσιάζεται πριν από την έναρξη του κάθε αγώνα στον αρμόδιο αξιωματούχο που ορίζεται από την Ομοσπονδία να διαιτητεύσει ή εποπτεύσει τον συγκεκριμένο αγώνα ή διοργάνωση. **Τονίζεται ότι σε καμιά απολύτως περίπτωση δεν θα επιτραπεί σε αθλητή να αγωνισθεί χωρίς την παρουσίαση του Δελτίου Υγείας.**
2. Για κάθε συμμετοχή καταβάλλεται ποσό € 10,00 το ζευγάρι.
3. Δηλώσεις που δεν συνοδεύονται με όσα αναφέρονται πιο πάνω δεν θα λαμβάνονται υπόψη στην κλήρωση. Θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή δήλωση για κάθε συμμετοχή.
4. Σε περίπτωση υποβολής λανθασμένων στοιχείων θα μηδενίζονται οι αθλήτριες.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :