ATLETİZM GELİŞİM KAMPI-T.A.F.DENEME YARIŞMALARI

21-30 OCAK 2015-Ankara

31 OCAK-1 ŞUBAT 2015-İstanbul

KATILIM FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| Spor Kulübünün Adı |  |
| Spor Kulübünün Adresi |  |
| Telefon Numarası |  |
| Faks Numarası |  |
| E-Mail Adresi |  |
| Refakatçinin Adı ve Soyadı |  |
| Refakatçinin Cep Telefonu Numarası |  |
| Refakatçinin Banka Adı, İli ve İban Numarası | BANKA ADI …………………………. ŞUBESİ………………. IBAN NUMARASI: /TR……………………….……………………….. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **S. No.** | **Adı ve Soyadı** | **Görevi** | **Cinsiyeti** | **Lisans No** | **TC Kimlik Numarası** |
| 1. |  | REFAKATÇI |  |  |  |
| 2. |  | SPORCU |  |  |  |
| 3. |  | SPORCU |  |  |  |
| 4. |  | SPORCU |  |  |  |
| 5. |  | SPORCU |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kulüp Yetkilisinin | |
| Adı ve Soyadı |  |
| Görevi |  |
| İmzası |  |

|  |
| --- |
| TASDİK OLUNUR |
| ..... / ..... /2015 |
|  |
| Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürü |

Yukarıda belirtilen kulübün sporcu ve refakatçinin herhangi bir cezası bulunmamaktadır.

VELİ İZİN FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| SPORCUNUN TC.KİMLİK NOSU |  |
| SPORCUNUN ADI VE SOYADI |  |
| SPORCUNUN DOĞUM YERİ ve TARİHİ |  |
| ANNE ADI |  |
| BABA ADI |  |

Yukarıda TC.Kimlik no’su, adı ve soyadı belirtilen oğlum/kızım 21 Ocak -1 Şubat 2015 tarihleri arasında ANKARA ve İSTANBUL’da yapılacak olan Atletizm Gelişim Kampı ve Deneme Yarışmalarına katılabilmesi için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Velisi bulunduğum oğlu/kızımın 21 Ocak -1 Şubat 2015 tarihleri arasında ANKARA ve İSTANBUL’da Türkiye Özel Sporcular Spor Federasyonu Başkanlığının düzenlediği Atletizm Gelişim Kampı ve T.A.F.Deneme Yarışmalarında karşılaşabileceği risklerin sorumluluğunu kabul ederek, herhangi bir kaza, yaralanma veya zarar görme halinde Türkiye Özel Sporcular Spor Federasyonunu sorumlu kılmayacağımı şimdiden kabul ederim.

Oğlum/Kızım genel sağlık açısından Atletizm Gelişim Kampı ve T.A.F. Deneme Yarışmalarına katılabilecek düzeyde olduğunu belirten sağlık izin belgesi ilişiktedir. Yokluğumda vuku bulabileceği herhangi bir acil durumda gereken tıbbi müdahalenin yapılması için izin verdiğimi bildiririm.

|  |  |
| --- | --- |
| VELİNİN ADI VE SOYADI |  |
| ADRESİ |  |
| İLETİŞİM BİLGİLERİ | Cep:……………………  İş:……………………...  Ev:……………………. |
| TARİH |  |
| İMZA |  |