ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥ ΣΕ ΑΓΩΝΑ

ΙΣΤΙΟΠΛΟΪΚΟΣ ΟΜΙΛΟΣ ΧΑΛΚΙΔΑΣ
ΟΡΜΟΣ ΒΟΥΡΚΟΥ, Λ. Θ. ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗ 1, ΧΑΛΚΙΔΑ 34100

[ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ]

Προς: το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιστιοπλοϊκού Ομίλου Χαλκίδας.

Α) Στοιχεία γονέα ή κηδεμόνα
Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα πατρός:
Ημ/νία γέννησης:
Τόπος γέννησης:
Εθνικότητα:
ΑΑΤ ή ΑΔΤ:
Διεύθυνση:
Πόλη / ΤΚ:
Email:
Σταθερό τηλέφωνο:
Κινητό τηλέφωνο:
ΑΦΜ:

Β) Στοιχεία αθλητή
Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα πατρός:
Ημ/νία γέννησης:
Τόπος γέννησης:
Εθνικότητα:
ΑΑΤ ή ΑΔΤ:
Διεύθυνση:
Πόλη / ΤΚ:
Αριθμός δελτίου ΕΙΟ:

Γ) Στοιχεία συνοδού
Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα πατρός:
Ημ/νία γέννησης:
ΑΑΤ ή ΑΔΤ:
Διεύθυνση:
Πόλη / ΤΚ:
Email:
Κινητό τηλέφωνο:

Δ) Στοιχεία αγώνα
Ονομασία Αγώνα:
Ημερομηνία έναρξης:
Ημερομηνία λήξης:
Περιοχή διεξαγωγής:

Ε) Υπεύθυνη δήλωση

1) Το παρόν έγγραφο ενέχει θέση και βαρύτητα υπεύθυνης δήλωσης (**άρθρο 8 Ν.1599/1986**). Ο υπογράφον φέρει ατομική ευθύνη για την ορθότητα των στοιχείων γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της **παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986**.
2) Ορίζω το άτομο που αναφέρεται στην **Παράγραφο Γ**, ως υπεύθυνο ενήλικα για τον αθλητή/τρια που αναγράφεται στην **Παράγραφο Β** σε όλη τη διάρκεια του αγώνα που αναγράφεται στην **Παράγραφο Δ**.
3) Συναινώ για το παιδί μου (αναγραφόμενος αθλητής στην **Παράγραφο Β**) να συμμετάσχει σε όλες τις δραστηριότητες του αγώνα.
4) Εξουσιοδοτώ τους διοργανωτές για ιατρική ή νοσοκομειακή μέριμνα για τον αθλητή της **Παραγράφου Β** σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς του/της σε νοσοκομείο.
5) Συναινώ για το παιδί μου να φωτογραφηθεί, να βιντεοσκοπηθεί, να συμμετέχει σε συνέντευξη Τύπου, που θα επιτρέψει ο διοργανωτής.

Στ) Ο συνοδός	**Ζ) Ο/Η δηλ.**
ΗΜ/ΝΙΑ	ΗΜ/ΝΙΑ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

* Να θεωρηθεί για το γνήσιο της υπογραφής

www.halkidasailing.gr
info@halkidasailing.gr
TEL: +30 22210 85016

ΠΑΡΕΛΗΦΘΗ ΑΠΟ ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΙΣΤΙΟΠΛΟΪΚΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ