



B.A.O. Volley Camp 2019

17 – 21 ΙΟΥΝΙΟΥ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Επώνυμο αθλήτριας: _____
Όνομα αθλήτριας: _____
Όνομα πατέρα: _____
Όνομα μητέρας: _____
Ημερομηνία γέννησης: _____
Διεύθυνση κατοικίας: _____
Περιοχή / Τ.Κ.: _____
Τηλέφωνο οικίας: _____
Κινητό τηλέφ. γονέα: _____
Email γονέα: _____

Οι ώρες εκμάθησης – προπόνησης θα είναι από **08:45** έως **15:00**. Αν για κάποιο λόγο ο γονέας καθυστερήσει να παραλάβει κάποια αθλήτρια, οι προπονητές θα παραμένουν στο γήπεδο μέχρι την αποχώρηση και της τελευταίας αθλήτριας με τον γονέα της. Για την εύρυθμη λειτουργία του camp, παρακαλούμε να τηρούνται οι ώρες προσέλευσης και αποχώρησης των αθλητριών.

Ο παρακάτω υπογραφόμενος _____

γονέας/κηδεμόνας της παραπάνω αθλήτριας, δηλώνω ότι **ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ**:

α) Το πρόγραμμα του Camp

β) Τη φωτογράφιση και τη χρήση του σχετικού υλικού για την προβολή του Camp μέσω της ιστοσελίδας του Συλλόγου, Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης και Μ.Μ.Ε.

Ο Δηλών γονέας

(Ονοματεπώνυμο & υπογραφή)