



Ακαδημία Ποδοσφαίρου Βύρωνα Καβάλας

Βερούλειο Γήπεδο

Ιεροσολύμων 2-6, 65404 - ΚΑΒΑΛΑ

KIN. +30 697 2729576

Site: www.vironaskavalasacademy.com

Email: vironaskavalasacademy@gmail.com

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ 2025-2026

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../..... ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (εάν έχει εκδοθεί)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΙΝΗΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΑΞΗ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΝΑΙ/ΩΡΑ ΟΧΙ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ Τ.Κ. ΔΗΜΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ (ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ-ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ)

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΟΜΑΔΑ (αν υπάρχει)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ Α' ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ EMAIL

ΣΤΟΙΧΕΙΑ Β' ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ EMAIL

ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

(παρακαλούμε σημειώστε την επιθυμία σας)

Για την ολοκλήρωση της εγγραφής του/της αθλητή/τριας, απαιτείται συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη από ιατρό η Κάρτα Υγείας Αθλητή, η οποία ισχύει για ένα έτος.

Η συμπλήρωση της Κάρτας Υγείας Αθλητή μπορεί να γίνει κατόπιν συνεννόησης και από ιατρό συνεργαζόμενο με τον σύλλογο, όπου θα πραγματοποιηθεί εκτός του ΗΚΓ του αθλητή/τριας.

Παρακαλούμε σημειώστε με √ εάν επιθυμείτε η εξέταση να γίνει μέσω του συλλόγου.

☐

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΤΜΗΜΑ ΤΕΡΜΑΤΟΦΥΛΑΚΩΝ

☐

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΤΜΗΜΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

☐

Ο _____ γονέας/κηδεμόνας του/της παραπάνω αθλητή/τριας δηλώνω ότι εγώ και το παιδί μου αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής που ισχύουν βάσει του Καταστατικού και του Εσωτερικού Κανονισμού της Ακαδημίας Ποδοσφαίρου του Βύρωνα Καβάλας και αιτούμαι την εγγραφή του παιδιού μου. Δηλώνω ότι επιτρέπω στον υπεύθυνο της ιστοσελίδας της ακαδημίας ποδοσφαίρου Βύρωνα Καβάλας να δημοσιοποιεί βίντεο και φωτογραφίες με το παιδί μου στην σελίδα της ακαδημίας.

(ημερομηνία)

(υπογραφή)