ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

ULTIMATE FRİZBİ SALON ŞAMPİYONASI

17-18 Şubat 2024

9.TROYA CUP

BAŞVURU FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| **TAKIMIN ADI** |  |
| **BAĞLI OLDUĞU KURUM** |  |
| **GELDİĞİ ŞEHİR** |  |
| **ARAÇ PLAKASI** |  |
| **ŞOFÖR BİLGİLERİ (Adı Soyadı TC Kimlik)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GÖREVLİLER** | **ADI VE SOYADI** | **TC KİMLİK NO** |
| Takım Sorumlusu |  |  |
| Takım Antrenörü |  |  |
| Sağlık Personeli |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |
| SPORCU |  |  |

Turnuva esnasında doğabilecek olumsuzluklarda, sakatlıklarda veya kötü durumlarda sağlık tedbirlerinin tarafımızca alınacağını beyan eder ve yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu taahhüt ederim.

---------------------------

Takım Sorumlusu

 Adı Soyadı

 Tarih

 İmza-Mühür