



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
PARTICIPATION FORM
ΚΑΛΥΔΩΝΙΑ 2017 / KALIDONIA 2017

Προς/Το: Οργανωτική Επιτροπή “ΚΑΛΥΔΩΝΙΑ 2017” / Organizing Committee “KALIDONIA 2017”

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ / PERSONAL DETAILS

Επώνυμο/Surname :	Όνομα/Name :
Όνομα Πατρός/Father's name :	Ημ. Γέννησης/Date of Birth: ___/___/___
Ύψος/Height : _____ cm	Βάρος/Weight : _____ Kgr
Εθνικότητα/Nationality:	Μέγεθος/Size T-Shirt: XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/>
Διεύθυνση/Address:	
Α.Δ Ταυτότητας ή Διαβατηρίου / ID or Passport Number:	
Επάγγελμα / Occupation:	Ομάδα/Team:
Τηλ. Επικοινωνίας/Tel. number: (Σταθερό/Home)	Τηλ. Επικοινωνίας/Tel. Number: (Κινητό/Mobile)
Email:	
Δήλωση Απόστασης / Distance to swim:	1800 <input type="checkbox"/> 3000 <input type="checkbox"/>
Δήλωση Κατηγορίας/ Age group	14-30 <input type="checkbox"/> 31-45 <input type="checkbox"/> ≥ 46 <input type="checkbox"/>
Συμμετοχή σε προηγούμενα ΚΑΛΥΔΩΝΙΑ / Have you participated in the race before ?	
ΝΑΙ / YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ / NO <input type="checkbox"/>	Πότε / When? 2014 <input type="checkbox"/> 2015 <input type="checkbox"/> 2016 <input type="checkbox"/>
Προσωπική επίδοση/Personal Best?	2016 ___ h ___ min ___ sec 2015 ___ h ___ min ___ sec

ΔΗΛΩΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ / DECLARATION OF RESPONSIBILITY

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι υγιής και ότι μπορώ και επιθυμώ να λάβω μέρος στον κολυμβητικό αγώνα, «ΚΑΛΥΔΩΝΙΑ 2017» και ότι λαμβάνω με δική μου ευθύνη συμμετοχή σε αυτόν έχοντας πλήρη ευθύνη για ότι μου συμβεί κατά την διάρκεια ή κατά την προετοιμασία του αγώνα. Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι διοργανωτές με έχουν ενημερώσει πλήρως για όλες τις τεχνικές λεπτομέρειες του αγώνα και δεν φέρουν καμία ευθύνη για ότι θέλει μου συμβεί σε αυτόν.

I declare that I am healthy and in good physical condition. I wish to participate in the “KALIDONIA 2017” swimming race and raise absolutely no demands upon the organizers in case of injury or illness during or after the race.

Ημερομηνία / Date : ___/___/2017

Υπογραφή / Signature



Το παρόν έντυπο πρέπει να αποσταλεί εμπρόθεσμα έως την Τετάρτη 23 Αυγούστου 2017, στην Οργανωτική Επιτροπή αλλά και να παραδοθεί υπογεγραμμένο, πριν την εκκίνηση στην γραμματεία του αγώνα με πρόσφατη ιατρική βεβαίωση του συμμετέχοντα.

Please note that this document must be sent in time by Wednesday 23rd August 2017, and be delivered signed by the participant at the Secretariat desk before the race starts, accompanied by a recent medical certificate of good health.

