



**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (με υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα)**  
**Παρακαλώ επιλέξτε αγώνα**

10 Km (Με χρονομέτρηση)	<input type="checkbox"/>	16 €
10 Km (Με χρονομέτρηση και t-shirt)	<input type="checkbox"/>	24 €
5 Km (Με χρονομέτρηση)	<input type="checkbox"/>	14 €
5 Km (Με χρονομέτρηση και t-shirt)	<input type="checkbox"/>	22 €

**ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ: 07/09**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΡΟΜΕΑ (παρακαλώ χρησιμοποιείστε κεφαλαία)**

Όνομα:						
Επώνυμο:						
Όνομα πατέρα:						
Ημερομηνία Γέννησης:						
Φύλο:	Άνδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>				
Εθνικότητα:						
E-mail:						
Τηλ. Επικοινωνίας:						
Πόλη:						
Χώρα:						
Μέγεθος ενδυμασίας:	XS <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	XL <input type="checkbox"/>	XXL <input type="checkbox"/>
Παιδικά μεγέθη:	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>			
Σύλλογος/Όνομα ομάδας						
Σκυταλοδρομίας:						
Καλύτερη επίδοση 3 τελευταίων ετών:	Ώρες	Λεπτά	Δευτερ.	5 Km <input type="checkbox"/>	10 Km <input type="checkbox"/>	
	:	:	:			

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

Ο υπογεγραμμένος ..... κάτοχος του Α.Δ.Τ....., κηδεμόνας του/της....., δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω και συναινώ με τη συμμετοχή του παιδιού μου στον παραπάνω επιλεγμένο Αγώνα της Διοργάνωσης "Kallithea Half Marathon". Δηλώνω επίσης με απόλυτη προσωπική μου ευθύνη, ότι το παιδί μου είναι ικανό να συμμετάσχει στον παραπάνω αγώνα και ότι έχει προβεί στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις. Σε περίπτωση ανάγκης ιατρικής περίθαλψης που τυχόν προκύψει κατά τη συμμετοχή