**טופס הרשמה לשיוטי מבחן לעונת 2017**

**שם האגודה/מועדון השייט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דמי הרשמה לשייט/ת לכל סדרת המבחנים: 200 ש"ח

|  |
| --- |
| **420** |
|  | **הגאי** | **צוות** | **מספר מפרש** | **נשים** | **נוער** | **הערות** |
|  | **שם** | **תאריך לידה** | **שם** | **תאריך לידה** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **אופטימיסט/לייזר/גלשנים** |
|  | **דגם** | **שם** | **תאריך לידה** | **מספר מפרש** | **נשים** | **נוער** | **הערות** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

**נא לסמן X לנוער ולנשים בעמודות המתאימות**

הנני מצהיר שכל הנרשמים רשומים כדין באיגוד השייט בישראל, עברו בדיקות רפואיות ומבוטחים על פי דרישות חוק הספורט ורשאים להשתתף בתחרויות השייט.

מצ"ב המחאה מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ע"ס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ש"ח - דמי הרשמה.

שם רכז האגודה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה + חותמת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_