|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **EESTI MEISTRI- ja KARIKAVÕISTLUSED 202../202..**NAIS-/MEESKONNA LITSENTSI AVALDUS | EVF vormTK-02,TK-03 lisa |

|  |
| --- |
| *(Võistkonna nimi)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Särk nr | Ees- ja pere-konnanimi | Isikukood | Telefon | E-post | Allkiri |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ametnikud: |  |  |  |  |  |
| Peatreener: |  |  |  |  |  |
| Treener: |  |  |  |  |  |
| Esindaja: |  |  |  |  |  |
| Arst:  |  |  |  |  |  |
| Füsioterapeut: |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Mängijana kinnitan, et:- minu tervislik seisund lubab mul osaleda võrkpallivõistlustel;- olen nõus, et minu isikuandmeid töödeldakse seoses võrkpallivõistlustega;- annan EVF-ile õiguse tasuta mitteärilisel eesmärgil kasutada ja volitada kolmandaid isikuid kasutama minu fotosid ja minu kohta koostatud audiovisuaalseid ja visuaalseid materjale;- olen tutvunud Eesti Võrkpalli Liidu Tegevusjuhendiga ja kohustun järgima kõiki selles sätestatud Mängija kohustusi;- kohustun järgima Ausa Mängu Põhimõtteid, sealhulgas EVF Tegevusjuhendi p.6 sätestatud kohustusi ning kohustun alluma samas punktis sätestatud vaidluste lahendamise korrale ja karistustele.Mängijate kontaktandmed on konfidentsiaalsed ja EVF poolt edastatakse vajadusel ainult võrkpallialast infot. |