



PLAYER ACKNOWLEDGMENT		إقرار اللاعب
I am, the player undersigned: (Name as per the passport or the ID)	.....	إني الموقع أدناه، (اسم اللاعب حسب جواز السفر أو الهوية)
Nationality:	.....	الجنسية:
Place of Birth	.....	مكان الميلاد
Passport or Emirates ID number:	.....	رقم جواز السفر أو الهوية الإماراتية
Expiry date:	...../...../.....	تاريخ الانتهاء:
I acknowledge and agree to join a team: (Team Name)	.....	أقر بقبولي وموافقتي على الانضمام لفريق: (اسم الفريق)
(Signature): I acknowledge that I am not registered and have not been registered to date with any other team. I also declare that I am medically fit to practice volleyball, according to the attached medical examination to participate in NAS Sports Tournament 2026, Volleyball Championship. I pledge also to respect the tournament's regulations, and the principles of fair play. I bear full responsibility in the event of information appearing contrary to what was stated in this declaration, and I exempt the Dubai Sports Council from any responsibility related to the subject of this acknowledgment, and accordingly I signed what it says while I am fully aware of its content.	.....	(التوقيع): أقر بأنني غير مسجل ولم يسبق تسجيلي حتى تاريخه بأي فريق آخر. كما أنني أقر بأنني لائق طبياً لممارسة رياضة الكرة الطائرة وفق الفحص الطبي المرفق للمشاركة في بطولة الكرة الطائرة ضمن دورة ند الشبا الرياضية لسنة 2026، وأتعهد باحترام لوائح البطولة وميثاق الروح الرياضية ومبادئ التنافس النزيه. وأتحمل المسؤولية الكاملة في حال ظهور معلومات مخالفه لما جاء في هذا الإقرار، واعفاء اللجنة المنظمة من أي مسؤولية تتعلق بموضوع هذا الإقرار. وبهذا أوقع على ما جاء فيه وأنا على علم بمحتواه.
Date:	...../...../.....	التاريخ:

- It is requested to fill in the form and upload it to register the player in the team during the assigned registration period.

•



شهادة اللياقة الطبية – MEDICAL FITNESS CERTEFICATE

بيانات اللاعب – PLAYER DATA

PLAYER NAME:	.....	اسم اللاعب:
NATIONALITY:	.....	الجنسية:
DATE OF BIRTH:	.....	تاريخ الميلاد:
PASSPORT OR EMIRATES ID N°	.....	رقم الهوية أو جواز السفر

Hospital / Medical center / Doctor, attests hereby that the player mentioned above has been checked and he is fit to play Volleyball.	يشهد مستشفى / عيادة / طبيب بأنه تم الكشف على اللاعب المذكور أعلاه وأنه لائقاً طبياً لممارسة رياضة الكرة الطائرة.	
DATE:	.....	التاريخ:
DOCTOR NAME:	.....	اسم الطبيب:
DOCTOR SIGNATURE	.....	توقيع الطبيب:
STAMP:		الختم: