

AMATÖR FUTBOL MÜSABAKALARI BASIN AKREDİTASYON BAŞVURU FORMU

BAŞVURU TÜRÜ

- () Yerel Basın Kuruluşu Temsilcisi
() Amatör Spor Kulübü Basın Sorumlusu

RESİM

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Doğum Tarihi: / /
Telefon Numarası:
E-posta Adresi:
Adres:

KURUM / KULÜP BİLGİLERİ

Kurum / Kulüp Adı:
Görevi / Ünvanı:
Basın Kuruluşu (varsa):
Kurum/Kulüp Yetkilisi Adı Soyadı:
Yetkilinin İmzası / Kaşesi:

AKREDİTASYON TALEBİ

Akreditasyon Talep Edilen Kategoriler (birden fazla seçilebilir):

SAL	1.A.L.	2.A.L.	U17	U16	U15	U14	U13	U12	U11

Talep Edilen Görev Alanı:

- ☐ Fotoğraf Çekimi
☐ Video Çekimi
☐ Röportaj / Haber Hazırlığı
☐ Sosyal Medya İçeriği

TAAHHÜT VE ONAY

Başvuru formunda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, Amatör Futbol Müsabakaları Basın Akreditasyon Taahhütnamesi hükümlerine uyacağımı, müsabakalarda görev yaptığım süre boyunca Türkiye Futbol Federasyonu talimatları, kanun ve yönetmeliklere, kural ve düzenlemelere riayet edeceğimi, aksine davranış halinde kişisel ve kurum/ kulüp akreditasyonumun iptal edileceğini kabul ederim.

Başvuru Sahibinin Adı Soyadı: **İmza:**

Tarih: / / 2025

EKLER

- ☐ TC Kimlik Kartı / Ehliyet / TC Pasaportu
☐ Kurum/Kulüp onay yazısı
☐ 1 adet vesikalık fotoğraf