SLCAVH

Sri Lanka

ශ්‍රී ලංකා දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ ක්‍රිකට් සංගමය
Sri lanka Cricket Association of the Visually Handicapped

(S.L.C.A.V.H)

Affiliated to World Blind Cricket Council Ltd. (WBCCL)
No.74 Church street ,Colombo 02, Sri Lanka
Tel: (94-11)7007642/43,2437768

President
M.R. Sudesh Tharanga
071 4098507 / 074 1964965
blindcricketsl@gmail.com
Fax: 011-2237768

Patrons : President (S.L.F.VH)- Mr. Ravi Siva Kumar (LCC)

UNIVERSITY GRANTS COMMISSION CHAIRMAN 18 13 JUL 2026

All VCS 15/7/26

2026/07/04

උපකුලපති.............................

....

උපකුලපති තුමණි/සභාපතිතුමා/අධ්‍යාපන අධ්‍යක්ෂකතුමණි/පළාත් අධ්‍යාපන අධ්‍යක්ෂකතුමණි/පළාත් ක්‍රීඩා අධ්‍යක්ෂකතුමණි/ පළාත් සමාජ සේවා කොමසාරිස්තුමණි/ස්ථානභාර නිළධාරීතුමණි/විදුහල්පති

<u>ඉදිරි දෙවර්ෂය සඳහා ශ්‍රී ලංකා දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ ක්‍රිකට් සංගමයේ ජාතික සංචිත(කාන්තා/පිරිමි) තෝරා ගැනීම සහ නවක ක්‍රීඩක/ක්‍රීඩිකාවන් හඳුනා ගැනීම සම්බන්ධව.</u>

ගරු මහත්ම/මහත්මියනි,

2026/2027 වර්ෂවලදී පැවැත්වෙන ජාත්‍යන්තර තරඟාවලි සඳහා සහභාගී වන ශ්‍රී ලංකා දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ කාන්තා සහ පිරිමි ජාතික ක්‍රිකට් සංචිතයන් තෝරා ගැනීම සඳහා තේරීම් තරඟාවලියක් පැවැත්වීමට 2026.06.26 වන දින රැසවූ විධායක කමිටුව තීරණය කරන ලදී.

ඒ අනුව 2026 අගෝස්තු මස 26/27/28 /29 සහ 30 යන දිනවලදී හොරණ කලවැල්ලාව Aarons Country Cricket club ක්‍රීඩාංගණයේදී පැවැත්වේ.මේ සඳහා සහභාගී වන ඔබ පාසලේ /ආයතනයේ/විශ්ව විද්‍යාලයේ ඉගෙනුම ලබන දෘෂ්‍යාබාධිත ක්‍රිකට් ක්‍රීඩා කිරීමට හැකි සහ කැමති ක්‍රීඩක,ක්‍රීඩිකාවන්ගේ විස්තර 2026/07/31 වන දින ප.ව 06.00ට පෙර එවන මෙන් ඉල්ලා සිටිමි.

- සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත්‍රය.
- 2026.07.31 වන දිනට වයස අවුරුදු 45 හෝ ඊට අඩු
- ලෝක දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ ක්‍රිකට් සංගමය මගින් නිකුත් කරන ලද IBSA නවතම වෛද්‍ය වාර්තාව විශේෂඥ අක්ෂි වෛද්‍යවරයෙක් විසින් සහතික කරන ලද ජාතික අක්ෂි රෝහලින්, ශික්ෂණ රෝහලකින්,මහ රෝහලකින් 2025 සැප්තැම්බර් මස 14 වන දිනෙන් පසුව ලබා ගත් වෛද්‍ය වාර්තාව ඉදිරිපත් කළ යුතුය.
- ජාතික හැඳුනුම්පතේ හෝ උප්පැන්න සහතිකයේ පිටපතක්.

2026.07.31 වන දින ප.ව 06.00ට පෙර ලේකම් තුමාගේ වට්ස්ඇප් ගිණුමට යොමු කළ යුතුය.නොඑසේනම් ලියාපදිංචි තැපෑලෙන්, Gmail මාර්ගයෙන් සහ කොළඹ 02 දෘෂ්‍යාබාධිත ජනතා සම්මේලන මූලස්ථානයට ගෙනවිත් බාර දිය හැක.(ලිපිනය සහ gmail පහතින් දක්වා ඇත).එදිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් බාර නොගන්නා බවද අවධාරණය කරමි.

<u>සැලකිය යුතුයි.</u>

- අප විසින් අදාළ කාළ සීමාව තුළදී නවාතැන් සහ ආහාර පාන සපයනු ලැබේ.
- ප්‍රවාහන වියදම් සහ වෙනත් කිසිදු වියදමක් ලබා නොදෙන බවද අවධාරණය කරන්නෙමු.
- වෛද්‍ය වර්ගීකරණය අදාළ වාර්තාව ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වන අතර වෛද්‍ය වාර්තා නොමැති කිසිම ක්‍රීඩකයකු හෝ ක්‍රීඩිකාවකු තේරීම් තරඟාවලිය සඳහා ඇතුලත් කර නොගන්නා බවද අවධාරණය කරන්නෙමු.

Prasident M. R Sudesh Tharanga 071 4098507 / 074 1964965
Vice President Y.K. Silva 077 1903510
Secretary C. K. S Arachchi 077 3589997 / 0712692392
Asst. Secretary Y.G.A. Sumanaweera 0769961150
Treasurer K.G. Wijenayake 077-9640675
Asst. Treaurer D. S. K Athulathmudali 071 8074480

PS/CH. For A Pls. 17/7/2026.

- ව්‍යාජ වෛද්‍ය වාර්තා ඉදිරිපත් කර තේරීම් තරඟාවලියට ඇතුලත් වුවහොත් ඒ සඳහා දැඩි ක්‍රියාමාර්ග ගන්නා බවද අවධාරණය කරන්නෙමු.
- සියලුම ක්‍රීඩිකාවන්/ක්‍රීඩකයන් අගෝස්තු මස 25 වන දින ප.ව 06.00ට පෙර නේවාසිකාගාරය වෙත වාර්තා කළ යුතුය.
- ඉල්ලුම් පත්‍රය/වෛද්‍ය වාර්තාව(IBSA) අමුණා ඇත.
- ඉල්ලුම් පත්‍රය සහ වෛද්‍ය වාර්තාව මේ සමග ඇමුණුම් වශයෙන් එවා ඇති අතර ඉදිරිපත් කරන ක්‍රීඩිකාවන්/ක්‍රීඩකයන් ප්‍රමාණයට අවශ්‍ය පරිදි ඡායා පිටපත් ලබා ගත යුතුය.

Gmail address-blindcricketsl@gmail.com

ලිපිනය.ලේකම්

ශ්‍රී ලංකා දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ ක්‍රිකට් සංගමය

අංක 74

පල්ලිය පාර

කොළඹ 02.

ලේකම්තුමාගේ වට්ස්ඇප් අංකය 077-3589997

තරඟාවලිය පැවැත්වෙන ආකාරය පිළිබඳව ඉදිරියේදී දැනුවත් කිරීමට බලාපොරොත්තු වන්නෙමු.

මේ සඳහා ඔබගෙන් ලැබෙන සහයෝගය අගය කොට සලකමි.

ස්තූතිය

මෙයට විස්වාසී

ගරු ලේකම්

HONY SECRETARY
SRI LANKA CRICKET ASSOCIATION
OF THE VISUALLY HANDICAPPED
NO.74 CHURCH STREET
COLOMBO 2
SRI LANKA

....

චන්දන සූරිආරච්චි.

ඇමුණුම්- අයදුම් පත්‍රය

IBSA වෛද්‍ය වාර්තාව.

පිටපත්- ගරු ක්‍රීඩා අමාත්‍යතුමා

අධ්‍යක්ෂක ජෙනරාල් තුමා,ක්‍රීඩා සංවර්ධන දෙපාර්තමේන්තුව.

සභාපති - ශ්‍රී ලංකා ක්‍රිකට් ආයතනය

ලේකම්- ජාතික පැරා කමිටුව

සභාපති- ජාතික ක්‍රීඩා තේරීම් කමිටුව.

සභාපතිතුමා-විශ්ව විද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිෂන් සභාව.

Sri Lanka Visually Handicapped Cricket Association

Player Application of Selection Matchers 2026

Full Name-:..

Address-:..

....

....

Date Of Birth-:...

Age-:...(31/07/2026)

Education Level-;..

Occupation-:...

Name Of The Club-:...

Province-:..

District-:...

Nationality-;..

Religion-:..

Nic Number-:..

Passport Number-:..

Contact Number-:...

WhatsApp Number-:...

Gmail/Email Address-:..

Sight Classification Category-(IBSA NEW FORM):..

National Or International Player-;...

....

Date   Signature

MEDICAL DIAGNOSTICS FORM (MDF) FOR ATHLETES WITH VISUAL IMPAIRMENT

IBSA INTERNATIONAL BLIND SPORTS FEDERATION

- To be **fully filled** in **English,** in **CAPITAL LETTERS**, typed or **black** ink. **All frames must be filled**.
- To be confirmed and certified **by a registered ophthalmologist**.
- **Cannot be older than 12 months** at the time of the athlete's International Classification. The same for the complementary medical documentation attached.
- Must be **uploaded in ISAS** (IBSA system) **6 weeks prior** to first classification day.
- See also **Text and Notes on page 3 and 4.** More detailed indication in VI Classification Manual.

▪ **At Classification athlete must show the original of the MDF uploaded and other medical documents required.**

To be filled by the National Federation

I - ATHLETE INFORMATION (as passport data)

Last name:_______________________ First name:_______________________

Gender: Female ❑ Male ❑ Date of Birth: ____/____/_____ Nationality: _______________

Sport:_______________, NPC/NF:__________, ISAS registry:___________, SDMS (IPC):__________

❑ **National Paralympic Committee (NPC) or National Federation (NF) certifies that there are no health risks and contra-indication for the athlete to compete at competitive level in the above sport. NPC/NF keeps all the relevant medical and legal documents about it.**

Name (stamp) ____________ Signature ____________ Date : Day ____/ Month ____/ Year ____

II - PREVIOUS CLASSIFICATIONS

Last National Classification: **Year:**________ **Class: B1❑ B2❑ B3❑ Other❑:**______________

First International Classifications: **New❑** or **Year:** ___________ Class: **B1❑ B2❑ B3❑ NE❑**

Last International Classification: **Place:** ______________________, **Year:** ________, **Sport:**__________

Actual International Class and Status: **New ❑** or **Protest / Reclassification accepted ❑** __________, or **Class:B1❑ B2❑ B3❑ Status: Review❑**(next time) or **Review Year❑**______; **NE❑**1st panel; **CNC ❑**

To be filled by Medical Doctor - Ophthalmologist

III - MEDICAL INFORMATION

A - Relevant systemic (non ophthalmic) pathology and medical information

Yes ❑: ____

____

____

No ❑

B - Visual, ophthalmic and associated diagnosis (short)

-

-

-

C - Ophthalmic medical data

Age of onset: ______________ At present: ❑ Stable on the last _____years ❑ Progressive

Anticipated future procedure(s): ❑ No ❑ Yes: ____________________ when: ____________

D - Eye medication and allergies

Ophthalmic medication used by the athlete: No ❑ Yes ❑: ______________________________

____

Allergic reactions to ocular drugs: No ❑ Yes ❑: ______________________________

Athlete: last name: ______________________ first name : __________________________

To be filled by Medical Doctor - Ophthalmologist

E - Optical correction and prosthesis

Athlete wears glasses: ❑ No ❑ Yes : { Right eye: Sph.________ Cyl.__________ Axis (º)
Left eye: Sph.________ Cyl.__________ Axis (º)

Athlete wears contact lenses: ❑ No ❑ Yes : { Right eye: Sph.________ Cyl.__________ Axis (º)
Left eye: Sph.________ Cyl.__________ Axis (º)

Athlete wears eye prosthesis: ❑ No ❑ Yes : ❑ Right ❑ Left

F - Visual Acuity

Visual Acuity	Right eye	Left eye	Binocular
With correction			
Without Correction			

Measurement Method: ❑ LogMar ❑ Snellen ❑ Other: ______________________

Correction used for visual acuity test: ❑ Glasses ❑ Contact lenses ❑ Trial lenses

Right eye: Sph.________ Cyl.__________ Axis (º)
Left eye: Sph.________ Cyl.__________ Axis (º)

G - Visual Field (IMPORTANT: Visual fields graphics must be attached)

Equipment used:____ Pupil diameter: ______mm

Date: _______/_______/__________

Periphery isopter	Right eye	Left eye	Binocular

Amplitude in degrees (diameter)	Right eye	Left eye	Binocular

❑ **I confirm that the above information is accurate and updated**

❑ **I certify that there is no ophthalmologic contra-indication for this athlete to compete in the above mentioned sport**

- **Attachments added to this Medical Diagnostic Form :** ❑ No ❑ Yes: *see and check in page 3*

Name: ____

Medical Specialty: ***Ophthalmology*** , National Registration Number: ____________________

Address: ____

City: ______________________________ Country: ______________________________

Phone: ______ ______________________ E-mail: ______________________________

Date: _______/_____/ _________ Signature:

Athlete: last name: ______________________ first name : ___________________________

IV - Attachments to the Medical Diagnostic Form

1. Visual field test

For all athletes with a restricted visual field a **visual field test must be attached to this form**.
The athlete's visual field must be tested by **full-field test** (80 or 120 degrees) and also, depending on the pathology a 30, 24 or 10 degrees central field test.
One of the following perimeters must be used: **Goldman Perimeter (with stimulus III/4)**, Humphrey Field Analyzer or Octopus (Interzeag) with equivalent isopter to the Goldman III/4

2. Additional medical documentation: Specify which eye conditions the athlete is affected and what additional documentation is added to the Medical Diagnostic Form.

The ocular signs must correspond to the diagnosis and to the degree of vision loss. If the eye condition is obvious and visible and explains the loss of vision, no additional medical documentation is required. Otherwise the additional medical documentation indicated in the following table must be attached.
All additional medical documentation needs a short medical report, in English. When the medical documentation is incomplete or the report missing, the classification may not be concluded and the athlete cannot compete.

To be filled by Medical Doctor - Ophthalmologist

Eye condition	Additional medical documentation required		
❑ Anterior disease	none		
❑ Macular disease	▪ ❑ Macular OCT	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Multifocal and/or pattern ERG*	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ VEP*	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Pattern appearance VEP*	❑ Right eye	❑ Left eye
❑ Peripheral retina disease	▪ ❑ Full field ERG*	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Pattern ERG*	❑ Right eye	❑ Left eye
❑ Optic Nerve disease	▪ ❑ OCT	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Pattern ERG*	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Pattern VEP*	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Pattern appearance VEP*	❑ Right eye	❑ Left eye
❑ Cortical / Neurological disease	▪ ❑ Pattern VEP*	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Pattern ERG*	❑ Right eye	❑ Left eye
	▪ ❑ Pattern appearance VEP*	❑ Right eye	❑ Left eye
❑ Other relevant medical documentation added	▪ ❑ ______________________		
	▪ ❑ ______________________		
	▪ ❑ ______________________		

***Notes for electrophysiological assessments (ERGs and VEPs)**:
Where there is discrepancy or a possible discrepancy between the degree of visual loss and the visible evidence of the ocular disease, the use of visual electrophysiology can be helpful in demonstrating the degree of impairment.
Submitted electrophysiology tests should include: 1- Copies of the original graphics; 2- The report in English from the laboratory performing the tests, the normative data range for that laboratory, a statement specifying the equipment used and its calibration status. The tests should be performed according to the standards laid down by the International Society for Electrophysiology of Vision (ISCEV) (http://www.iscev.org/standards/).

▪ A <u>Full Field Electroretinogram</u> (ERG) tests the function of the whole retina in response to brief flashes of light, and can separate function from either the rod or the cone mediated systems. However, it does not give any indication of macular function.

▪ A <u>Pattern ERG</u> tests the central retinal function, driven by the macular cones but largely originating in the retinal ganglion cells.

▪ A <u>Multifocal ERG</u> tests the central area (approx. 50 degrees diameter) and produces a topographical representation of central retinal activity.

▪ A <u>Visual evoked cortical potential</u> (VEP) records the signal produced in the primary visual cortex, (V1), in response to either a pattern stimulus or pulse of light. An absent or abnormal VEP is not in itself evidence of specific optic nerve or visual cortex problems unless normal central retinal function has been demonstrated.

▪ A <u>Pattern appearance VEP</u> is a specialised version of the VEP used to establish visual threshold which can be used to objectively demonstrate visual ability to the level of the primary visual cortex.

V - NOTES

▪ This Medical Diagnostic Form (MDF) with all attachments required is to be **uploaded in ISAS** (IBSA data base system) **only by the NF and 6 weeks prior** to the first classification day (http://www.ibsasport.org/isas).

▪ **Pages 1 and 2 of this MDF are mandatory to upload. Page 3 is only needed when checked by the doctor.** No need to upload page 4.

▪ **Only pdf. format is accepted.** Other formats will be deleted.

▪ **Name the files as:** Country (3 capital letters) _ Athlete ISAS number_ Medical document (MDF; VF; ERG; VEP; OCT ...) add r for report. **Examples:** GBR_23456_MDF.pdf / GBR_23456_VF.pdf / GBR_23456_ERG.pdf and GBR_23456_ERGr.pdf

▪ **Athletes without correct MDF uploaded will not be classified** (and cannot compete).

▪ **Documents not uploaded in ISAS before classification are not valid**

2026/2027 වර්ෂයන් හිදී පැවැත්වීමට නියමිත ජාත්‍යන්තර තරගාවලි සඳහා සහභාගි වන ශ්‍රී ලංකා දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ ක්‍රිකට් සංගමයේ කාන්තා සහ පිරිමි ජාතික සංචිත සඳහා අදාළ තේරිම් නිර්ණායනයන්(Criterias)

ලකුණු ලබා දීමේ ක්‍රමවේදය.

පන්දුවට පහරදීම.

ලබා ගන්නා ලකුණු අනුව

- 10-20 – 2
- 21-30 - 3
- 31-40 - 4
- 40 වැඩි - 5
- ප්‍රහාරාත්මක වේගය.
- 80-99 - 1
- 100-119- 2
- 120-139- 3
- 140-159- 4
- 160 වැඩි- 5
- ලකුණු සාමාන්‍ය.
- 0-10- 2
- 11-20- 3
- 21-30- 4
- 31න් ඉහළ 5

පන්දු යැවීම.

පන්දුවාරයකට ලබාදුන් ලකුණු.

- 7.1-8 1
- 6.1-7 2
- 5.1-6 3
- 4.1-5 4
- 4ට අඩු- 5
- ලබාගත් කඩුලු සඳහා.
- කඩුලු 1- 1
- කඩුලු 2- 2
- කඩුලු 3- 3
- කඩුලු 4- 4
- කඩුලු 5හෝ ඊට වැඩි-5
- **පන්දු රැකීම.**
- උඩපන්දු සඳහා 1

- දූවද්දී දවා ගැනීම(D/H) 2
- දූවද්දී දවාලීම(COMBINE) 1 බැගින්
- ලකුණු නතර කිරීම 1

සැලකිය යුතුය.

- **සෘණ ලකුණු එකතුවන ආකාරය.**
- B1 ක්‍රීඩකයකු හිතාමතා දූවද්දී දවාලීම.
- තමන්ට හිතවත් ක්‍රීඩකයන්ගේ උඩපන්දු/දූවද්දී දැවියාම සිදු නොකිරීම සහ නවතාලිය හැකි හතරේ පහරවල් හෝ ලකුණු නොනැවැත්වීම.
- තරඟාවලිය තුළදී ක්‍රීඩාංගණයේදී මත්පැන්,බුලත්විට සහ අනෙකුත් මත්ද්‍රව්‍ය පානය කර ක්‍රීඩා කිරීම.
- ක්‍රීඩාංගණය තුළදී විනය විරෝධීව හැසිරීම.

තේරීම් තරඟාවලිය 2026.අගෝස්තු මස 26/27/28/29/30 දිනවලදී හොරණ කලවැල්ලාව Aarons Country Cricket club ක්‍රීඩාංගණයේදී හිදී පැවැත්වේ.

2026.07.04

තරඟ නීති සහ කොන්දේසි.

- විනිසුරු තීරණ සහ ලකුණු සටහන් සම්බන්ධව යම් ගැටලුවක් ඇත්නම් දිනයේ තේරීම් තරඟාවලිය අවසානයේ තරඟ තීරකවරයා වෙත ලිඛිතව යොමු කළ යුතුය.
- තරඟාවලියේ ප්‍රධාන තරඟ තීරක ලෙස සංගමයේ සභාපති කටයුතු කරනු ලැබේ.
- කරුණු පැහැදිලි කිරීමෙන් පසු යම් ක්‍රීඩකයකු/ක්‍රීඩිකාවකු තම ක්‍රීඩා සමාජයේ ක්‍රීඩකයකුට හෝ ක්‍රීඩිකාවකට තරඟාවලිය අතර තුරදී මොනයම් හෝ ආකාරයට සහයෝගය ලබා දුන් බව තේරීම් කමිටු නිළධාරීන්ට/විනිසුරුවරුන්ට සහ ලකුණු සටහන් කරුවන්ට කරුණු සනාථ වුවහොත් අදාළ ක්‍රීඩකයන්/ක්‍රීඩිකාවන් දෙදෙනාටම සෘණ ලකුණු ලබා දීමට කටයුතු කරනු ලැබේ.
- ලකුණු ලබා දීමේ ක්‍රමවේදය සහ ජාතික සංචිතය තෝරා ගන්නා ආකාරය පිළිබඳව දැනුවත් වී ඇති බව.
- ක්‍රීඩා පිටිය තුළ දී අනෙකුත් ක්‍රීඩක/ක්‍රීඩිකාවන්ට ශාරීරිකව සහ මානසිකය අපහසුතාවයන්ට පත්වන ආකාරයෙන් කටයුතු කළහොත් අදාළ ක්‍රීඩකයාට/ක්‍රීඩිකාවට සෘණ ලකුණු ලබා දීමට එකඟ වන බව.
- දෘෂ්‍යාබාධිත බව සනාථ කිරීම සඳහා IBSA වෛද්‍ය වාර්තාව ලබා දීමට එකඟ වීම.
- ව්‍යාජ වෛද්‍ය වාර්තා ලබා දී වැරදි කරුවකු වුව හොත් ක්‍රීඩකත්වය අහෝසි කිරීමට එකඟ වීම.
- 2026 අගෝස්තු මස 25 වන දින ප.ව 06.00 සිට 30 වන දින තරඟාවලිය අවසන් වන තෙක් බැහැරට නොයන බවට සහතික වීම.එසේ බැහැර වීමට අවශ්‍ය නම් සභාපති/ ලේකම් දැනුවත් කිරීම.
- සෑම දිනකම අදාළ තරඟ සඳහා නිසි වෙලාවට සහභාගී වීම.
- සංගමයේ ක්‍රීඩා උපකරණ ආරක්ෂා කිරීම සහ රැගෙන යාමේදී අවශ්‍ය සහයෝගය ලබා දීම.
- යම් ක්‍රීඩකයකු/ක්‍රීඩිකාවකු හෝ කණ්ඩායම් මෙම තරඟාවලිය හිතාමතා කඩාකප්පල් කිරීම හෝ කිරීමට උත්සාහ දැරුවහොත් ඔහු හෝ ඔවුන් තරඟාවලියෙන් ඉවත් කිරීම පිළිබඳව දැනුවත් වී ඇති බව.

ඉහත සඳහන් සියළු කොන්දේසි සහ අවස්ථානුකූලව පනවනු ලබන නීති රීති වලට එකඟව කටයුතු කිරීම සහ තම වගකීම් මෙන්ම තම ගෞරවය ආරක්ෂා වන ලෙස කටයුතු කිරීම. ඉහත සඳහන් කොන්දේසි සහ ගිවිසුම කඩකල හොත් ශ්‍රී ලංකා දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ ක්‍රිකට් සංගමයේ විධායක කමිටුව ගන්නා තීරණ වලට එකඟ බව පහත අත්සනින් සහතික වෙමි.

ක්‍රීඩක/ ක්‍රීඩිකාවගේ නම:...

අත්සන:...

දිනය:...

<u>2026/2027 වර්ෂයේ පැවැත්වීමට නියමිත ජාත්‍යන්තර තරඟාවලි සඳහා සහභාගී වන ශ්‍රී ලංකා දෘෂ්‍යාබාධිතවූවන්ගේ ක්‍රිකට් සංගමයේ කාන්තා සහ පිරිමි ජාතික සංචිත සඳහා අදාළ ක්‍රීඩක/ක්‍රීඩිකා තොරතුරු පත්‍රය සහ ගිවිසුම.</u>

පුද්ගලික තොරතුරු

ක්‍රීඩකයාගේ/ක්‍රීඩිකාවගේ නම:...

ලිපිනය:..
....

වෛද්‍ය වර්ගීකරණය:.........................

දුරකථන අංකය/වට්ස්ඇප් අංකය:...

ජා.හැ.අංකය:..

වි.ග.බ.අංකය...(තිබේ නම්)

Gmail address:..

ආගම:..

ජාතිය:...

රැකියාවක් කරන්නේ නම් පහත විස්තර සම්පූර්ණ කරන්න.

රැකියාව..

රැකියාව කරන ස්ථානයේ
ලිපිනය:..
......

දුරකථන අංකය:...

භාරකරුගේ/භාරකරුගේ විස්තර

නම:...

ලිපිනය:..
....

දුරකථන අංකය:..