

# DECK REGISTRATION SHEET

First Letter of Last Name



|           |                      |                |                      |
|-----------|----------------------|----------------|----------------------|
| Date:     | <input type="text"/> | Event:         | <input type="text"/> |
| Location: | <input type="text"/> | Deck Name:     | <input type="text"/> |
|           |                      | Deck Designer: | <input type="text"/> |

PRINT CLEARLY USING ENGLISH CARD NAMES

|                      |  |                      |  |                              |
|----------------------|--|----------------------|--|------------------------------|
| DCI #:               | Main Deck: (Magic: 60 Minimum)                           |                      | Main Deck Continued & Basic Lands:                       |                              |
|                      | # in deck:   | Card Name:           | # in deck:   | Card Name:                   |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
|                      | First Name:  |                      |  | Sideboard: (Magic: up to 15) |
| # in deck:           |  | Card Name:           | # in deck:   | Card Name:                   |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>         |
| Last Name:           | Total Number of Cards in Main Deck: <input type="text"/> |                      | Total Number of Cards in Sideboard: <input type="text"/> |                              |
|                      | FOR OFFICIAL USE ONLY                                    |                      | Main/SB: /   |                              |
|                      | Deck Check Rd #:   |                      | Deck Check Rd #:   |                              |
|                      | Status:  |                      | Status:  |                              |
|                      | Judge:   |                      | Judge:   |                              |