



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ “SUMMER CAMP 2019”

Φύλλο Άρρεν Θήλυ (Σημειώστε με X στο τετραγωνάκι)

Επώνυμο:..... Όνομα :
Όνομα Πατρός : Όνομα Μητρός :
Ημερομ. Γέννησης : / /
Σχολείο : Τάξη/Τμήμα :

Στοιχεία Διεύθυνσης Κατοικίας

Οδός : Αριθμός :
Περιοχή:.....
Πόλη : Ταχ. Κωδ.:

Στοιχεία Επικοινωνίας

Τηλ. Οικίας : Τηλ. Εργασίας :
Κινητό τηλ. :
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (email):

ΠΕΡΙΟΔΟΙ

- Α΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 18/6 έως 28/6 2019 Β΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ: 1/7 έως 12/7 2019
- Γ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ: 15/7 έως 25/7 2019 Δ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ: 26/8 έως 6/9 2019

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑ: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αγ. Παρασκευή / /

Υπογραφή:

Υπεύθυνη Δήλωση γονέα/ κηδεμόνα

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος με
ΑΦΜ.....ΔΟΥ.....Γονέας ή Κηδεμόνας
τ.....
δηλώνω υπεύθυνα ότι τ..... επιτρέπω να συμμετάσχει στο “Καλοκαιρινό Sports
Summer Camp 2019”, που διοργανώνει ο Πολιτιστικός & Αθλητικός Οργανισμός
Δήμου Αγίας Παρασκευής (Π.Α.Ο.Δ.Α.Π.). Επίσης

1. Επιτρέπω Δεν επιτρέπω

Να συμμετάσχει στις θαλάσσιες δραστηριότητες

2. Αποδέχομαι Δεν αποδέχομαι

Το ενδεχόμενο λήψης - δημοσιοποίησης από τον Δήμο/Οργανισμό τυχόν
φωτογραφιών των παιδιών από τις αθλητικές δραστηριότητες.

...../...../.....
(ημερομηνία) (ο/η δηλ.....)

Ιατρική Βεβαίωση

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού & της κλινικής εξέτασης ο/η άνωθεν
αιτούμενος/η , δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα, είναι υγιής και
δύναται να συμμετάσχει στις αθλητικές δραστηριότητες του “Καλοκαιρινό Sports
Summer Camp 2019”

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ
...../...../.....
(σφραγίδα/υπογραφή)

