

Αγ. Παρασκευή ..... / ..... / .....

Επώνυμο : ..... Όνομα : .....

Όνομα Πατρός : ..... Όνομα Μητρός : .....

Ημερομ. Γέννησης : ..... / ..... / .....

Α.Φ.Μ..... Δ.Ο.Υ.....

Σχολείο : .....

Επάγγελμα:.....

**Στοιχεία Διεύθυνσης Κατοικίας**

Οδός : ..... Αριθμός : ..... Περιοχή:

Πόλη : ..... Ταχ. Κωδ.: ..... Δημότης:  Ναι  Όχι

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

Τηλ. Οικίας : ..... Τηλ. Εργασίας : ..... Κινητό τηλ. : .....

\*Εάν επιθυμείτε να λαμβάνετε email για τις δραστηριότητες του ΠΑΟΔΑΠ συμπληρώστε το email σας.

EMAIL: .....

**Στοιχεία Προγράμματος Αθλησης**

Ειδική κατηγορία Εκπτώσεων: .....

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΘΛΗΣΗΣ		ΤΜΗΜΑ			ΤΟΠΟΣ		
1							
2							
3							
ΗΜΕΡΕΣ ΑΘΛΗΣΗΣ		ΔΕΥ.	ΤΡΙ.	ΤΕΤ.	ΠΕΜ.	ΠΑΡ.	ΣΑΒ.
1° ΠΡ/ΜΑ	Πρωί Απόγευμα						
2° ΠΡ/ΜΑ	Πρωί Απόγευμα						
3° ΠΡ/ΜΑ	Πρωί Απόγευμα						
Παρατηρήσεις: .....							

**Επιθυμώ να λαμβάνω ενημέρωση για τις δραστηριότητες του ΠΑΟΔΑΠ μέσω e-mail**

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

- ✓ Ιατρική Βεβαίωση
- ✓ Δελτίο Καταγραφής Αθλούμενου για την ασφαλή επιστροφή στην Αθλητική Δραστηριότητα

Ο / Η αιτών / ούσα

.....  
Προσοχή. Η παρούσα επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

210 - 6016626