



ΔΗΜΟΣ
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΑΝΤΙΔΗΜΑΡΧΙΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ | ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΤΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Προς : ΑΝΤΙΔΗΜΑΡΧΙΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ - ΑΑΗ ΑΕ ΟΤΑ

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Επώνυμο	:	Όνομα:
Όνομα Πατρός	:	
Ημερομηνία Γέννησης	:	
Τόπος Γέννησης	:	
Επάγγελμα	:	
Διεύθυνση Κατοικίας	:	T. K :
Περιοχή Κατοικίας	:	
Δήμος	:	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ e-mail :
Τηλ. Επικοινωνίας 2)	:	Τηλ. Επικοινωνίας (1) :
(ΚΙΝΗΤΟ)		(πρωινές ώρες)

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ Α ΤΕΚΝΟΥ

Επώνυμο	:	Όνομα:
Σχολική Τάξη	:	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> ΣΤ <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία γέννησης:		___/___/___
Μέγεθος Μπλούζας	:	XXS <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>
		Αγαπημένο Άθλημα:

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ Β ΤΕΚΝΟΥ

Επώνυμο	:	Όνομα:
Σχολική Τάξη	:	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Γ <input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Ε <input type="checkbox"/> ΣΤ <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία γέννησης:		___/___/___
Μέγεθος Μπλούζας	:	XXS <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>
		Αγαπημένο Άθλημα:

Σημειώστε με X τις περιόδους που θέλετε να συμμετάσχετε καθώς επίσης, την ώρα άφιξης και αναχώρησης του/των παιδιού/ων σας:

Α΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	21-25/ 06 / 2016	
Β΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	27/ 06 -1/07/ 2016	
Γ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	04-08 / 07 / 2016	
Δ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	11-15/ 07 / 2016	
Ε΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	18-22 / 07 / 2016	
ΣΤ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	25-29 / 07 / 2016	

ΩΡΑ ΑΦΙΞΗΣ:	

ΩΡΑ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ:	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με την παρούσα δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχουν το τέκνο μου/τα τέκνα μου που συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση στο **INDOOR SUMMER SPORTS CAMP** και ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην αίτηση μέλους είναι **ακριβή**.
Διάβασα, κατανόησα και αποδέχομαι τους όρους οργάνωσης του **INDOOR SUMMER SPORTS CAMP** και αποδέχομαι να λάβουν γνώση των στοιχείων της παρούσης τα μέλη της επιτροπής εξέτασης της αίτησης. Βεβαιώνω επίσης ότι το αργότερο μέχρι την έναρξη της πρώτης περιόδου απασχόλησης που επέλεξα θα προσκομίσω ιατρική βεβαίωση για το τέκνο /τα τέκνα μου και δεν θα αποκρύψω τίποτα από το ιστορικό υγείας του τέκνου/των τέκνων μου.

Βεβαιώνω επίσης ότι η παράδοση -παραλαβή του τέκνου/των τέκνων μου θα γίνεται από τους:

	ΟΝΟΜΑ - ΕΠΩΝΥΜΟ	ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
A.				
B.				
Γ.				

Για το ανήλικο/α τέκνο/να ο κηδεμόνας,*

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

* Η εγγραφή ανήλικου μέλους στο πρόγραμμα γίνεται **ΜΟΝΟ** με την φυσική παρουσία του κηδεμόνα ο οποίος υπογράφει στο σχετικό εδάφιο με την προσκόμιση της παρούσας αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης υπογεγραμμένη από τον ίδιο.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΚΠΑΙΡΑΓΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	
---------------------	--

Ημερ. Παραλαβής: ___/___/___

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΕΛΟΥΣ	
----------------	--

Υπ. υπαλλήλου: _____