

# SUMMER ACTION CAMP NEAPOLIS



## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

### Στοιχεία παιδιού

Όνοματεπώνυμο: .....

Ημερομηνία γέννησης: .....

Διεύθυνση: ..... Περιοχή: .....

### Στοιχεία γονέα / κηδεμόνα

Όνοματεπώνυμο: .....

Τηλέφωνο οικίας: ..... Τηλέφωνο Εργασίας: .....

Κινητό: .....

 Email: .....

\*Όλα τα στοιχεία είναι υποχρεωτικά

Σημειώστε με  τις εβδομάδες που επιθυμείτε

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 17/06/2024- 21/06/2024  |
| <input type="checkbox"/> | 24/06/2024 - 28/06/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 01/07/2024 - 05/07/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 08/07/2024 - 12/07/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 15/07/2024 - 19/07/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 22/07/2024 - 26/07/2024 |
| <input type="checkbox"/> | 29/07/2024 - 02/08/2024 |

Συνολικό κόστος: .....

Προκαταβολή: ...../...../2024

Εξόφληση: ...../...../2024

### Προσωπικές πληροφορίες

Αλλεργία σε:.....

Συμπτώματα:.....

Πως την αντιμετωπίζετε:.....

Ιατρικά προβλήματα:.....

Κολυμβητική ικανότητα:  Άριστη  Καλή  Μέτρια  Μόνο με σωσίβιο

Άλλες πληροφορίες:.....  
.....  
.....  
.....

Ο υπογραφών/ -ουσα.....

Συμφωνώ το παιδί μου να πάρει μέρος σε όλες τις δραστηριότητες του προγράμματος .

Ενημερώθηκα για την προστασία προσωπικών δεδομένων και την συγκατάθεση ως προς τη συλλογή και χρήση φωτογραφιών και videos του παιδιού μου.

Ιατρική βεβαίωση αθλητικής ικανότητας:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

- Παρακαλώ όπως καταβάλετε την προκαταβολή ως τις **14/06/2024** μαζί με την φόρμα εγγραφής.
- **Η εξόφληση γίνεται με την έναρξη του προγράμματος δραστηριοτήτων.**
- Ακύρωση συμμετοχής και επιστροφή της συνδρομής γίνεται μόνο σε περιπτώσεις προβλημάτων υγείας
- Σε περίπτωση απουσίας οι ημέρες δεν αναπληρώνονται πάρα μόνο λόγω ασθένειας.

.....  
Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα

.....  
Ημερομηνία υποβολής