** CAMP ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟΥ 2025**

 **Αίτηση Εγγραφής**

* Ονοματεπώνυμο παιδιού: ……………………………………………………….
* Ημερ. Γέννησης: ……………………………………………………….
* Ονοματεπώνυμο πατέρα: ……………………………………………………….
* Ονοματεπώνυμο μητέρας ……………………………………………………….
* Επάγγελμα πατέρα: ……………………………………………………….
* Επάγγελμα μητέρας ……………………………………………………….
* Τηλέφωνα επικοινωνίας Εργασίας: ……………………………………………………….

Οικίας: ……………………………………………………….

Κινητό 1: ……………………………………………………….

Κινητό 2: ………………………………………………………

Διεύθυνση κατοικίας/τ.κ.. ………………………………………………….

* **E-mail/ ηλεκτρονική διεύθυνση**: …………………………………………..…..……..
* **Από πού ενημερωθήκατε για το πρόγραμμα**: ……………… ……………………………………..

###  Παρακαλούμε σημειώστε τον/τους κύκλους στον/στους οποίους θα συμμετέχετε:

Α’ Κύκλος 16 – 20/06 6 Β’ Κύκλος 23 – 27/6 Γ’ Κύκλος 30/06-04/7

**Υπεύθυνος Προπονητής:**

**Παυλούδης Αθανάσιος 6986169961**

***Παρακαλούμε σημειώστε αν υπάρχει κάποια ιδιαιτερότητα στο παιδί που χρειάζεται να προσεχθεί.***

Δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου γνωρίζει να κολυμπάει NAI OXI

Επιθυμείτε να συμμετάσχει στο πρόγραμμα της κολύμβησης; ΝΑΙ ΟΧΙ

**Υπάρχει η δυνατότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα της κολύμβησης ακόμα και αν το παιδί δεν γνωρίζει να κολυμπάει**

**Yπεύθυνη Δήλωση Γονέα**

 **ή Κηδεμόνα**

Ο παρακάτω υπογεγραμμένος δηλώνω, ότι τον κηδεμονευόμενό μου έχει εξετάσει πρόσφατα γιατρός, έχει επιβεβαιώσει το άριστο της υγείας του και της φυσικής του κατάστασης για να συμμετέχει στις αθλητικές δραστηριότητες, με δική μου ευθύνη.

………………………….

(υπογραφή γονέα)

**Yπεύθυνη Δήλωση Γονέα**

 **ή Κηδεμόνα**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι συμφωνώ να χρησιμοποιούνται φωτογραφίες του παιδιού μου σε έντυπα και στην ιστοσελίδα της Χ.Α.Ν.Θ.

………………………….

(υπογραφή γονέα)

 Αλλεργίες Φαρμακευτική Αγωγή Κινητικά προβλήματα Άλλο

Σημειώστε αναλυτικότερα:

###