



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ 18^ο ΑΘΛΗΤΙΚΟ & ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ CAMP ΔΗΜΟΥ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ



Επώνυμο :

A/A : Ιατρ. Βεβ. :

Όνομα :

Αρ. Κάρτας : Ημ. Λήξης Κάρτας :

Όνομα Πατέρα :

Ποσό πληρωμής: Αρ. απόδειξης:

Όνομα Μητέρας :

Τηλ. κινητό πατέρα:

Ημερομηνία Γέννησης :

Τηλ. κινητό μητέρας:

Διεύθυνση :

Τηλ. Εργασίας πατέρα :

Τ. Κ. – Πόλη :

Τηλ. Εργασίας μητέρας :

Τηλ. Σπιτιού :

Ον/μο 1^{ου} Συνοδού :

e-mail :

Τηλ. 1^{ου} Συνοδού :

Παρατηρήσεις :

Ον/μο 2^{ου} Συνοδού :

.....

Τηλ. 2^{ου} Συνοδού :

.....

Επιθυμώ να είμαι στην ίδια ομάδα με :

.....

.....

.....

ΠΕΡΙΟΔΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ 18^ο ΑΘΛΗΤΙΚΟ & ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ CAMP

- Α' Περίοδος : 6 Ιουλίου – 10 Ιουλίου
- Β' Περίοδος : 13 Ιουλίου – 17 Ιουλίου
- Γ' Περίοδος : 20 Ιουλίου – 24 Ιουλίου
- Δ' Περίοδος : 27 Ιουλίου – 31 Ιουλίου

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ-ΚΗΔΕΜΟΝΑ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις , που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Το παιδί μου είναι υγιές και δεν έχει καμία άλλη ιατρική ευαισθησία εκτός απ' αυτές που δηλώνονται στην ιατρική βεβαίωση του Παιδιάτρου. Δέχομαι να συμμετάσχει στο Camp που διοργανώνει η Κοινοφελής Επιχείρηση Δήμου Αμαρουσίου, διάβασα, κατανόησα και αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής καθώς επίσης τα προσκομιζόμενα δικαιολογητικά και οι ιατρικές βεβαιώσεις είναι αληθείς.
- Η Κ.Ε.Δ.Α. προκειμένου να διασφαλίσει την εμπιστευτικότητα και την ορθή επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων των εγγεγραμμένων, έχει εναρμονιστεί με το νέο Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) που εφαρμόζεται από την 25/5/18 σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τον Κανονισμό, ζητείται η συγκατάθεση του συμμετέχοντος για τη χρήση των ανωτέρων προσωπικών του στοιχείων αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες του 18^{ου} Αθλητικού και Πολιτιστικού Camp του Δήμου Αμαρουσίου.

Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου θα αποχωρεί μετά το πέρας του Camp χωρίς συνοδεία ή με τη συνοδεία των αναγραφόμενων στην αίτηση :

.....
Ο Δηλών Γονέας ή Κηδεμόνας

.....
Ημερομηνία / Όνομα & Υπογραφή

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

Βεβαιώνεται εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ότι ο/η είναι υγιής,
δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα, είναι εμβολιασμένος/η και δύναται να συμμετάσχει σε αθλητικές και κολυμβητικές δραστηριότητες.

Παρατηρήσεις (Αλλεργικές ευαισθησίες, αναπνευστικά προβλήματα κ.α.)

.....
Ο/Η Ιατρός

.....
Ημερομηνία / Σφραγίδα & Υπογραφή