



## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ

# ΑΓΙΟΥ ΚΟΣΜΑ



Περίοδος: \_\_\_\_\_

Επώνυμο: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_

Ημ/νια γέννησης: \_\_\_\_\_

Τάξη που τελείωσες: \_\_\_\_\_

Τόπος κατοικίας: \_\_\_\_\_

Ταχ. Κώδικας: \_\_\_\_\_

Όνομα πατέρα: \_\_\_\_\_

Όνομα μητέρας: \_\_\_\_\_

Τηλ. οικίας: \_\_\_\_\_

Κινητό τηλ. κηδεμόνα: \_\_\_\_\_

Email κηδεμόνα (αν υπάρχει): \_\_\_\_\_

**Υπάρχουν φίλοι/ες με τους/τις οποίους/ες θα ήθελες να είσαι στην ίδια ομάδα;  
ΑΝ είναι δυνατό κάτι τέτοιο;**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Κατέβαλε ευρώ: \_\_\_\_\_

Αριθμός Απόδειξης: \_\_\_\_\_

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι γνωρίζω και αποδέχομαι τον τρόπο λειτουργίας της Κατασκή-  
νωσης, αναλαμβάνω την ευθύνη και εγκρίνω την συμμετοχή του ως άνω αναφερόμε-  
νου παιδιού στις δραστηριότητες της κατασκήνωσης στις οποίες συμπεριλαμβάνονται  
κολύμβηση και πιθανές εκδρομές και πεζοπορίες.**

Ο/Η Κηδεμόνας:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

(Συμπληρώνεται από τον Ιατρό)



Βεβαιώνεται ότι ο/η μαθητής/-τρια:

είναι κλινικά υγιής και μπορεί να συμμετάσχει σ' όλες τις κατασκηνωτικές δραστηριότητες και σε μπάνιο στη θάλασσα.

Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ο Ιατρός

(σφραγίδα - υπογραφή)

## ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

- Έχετε κάνει τα προβλεπόμενα εμβόλια;      Ναι       Όχι
- Έχετε διαπιστώσει ή σας έχουν πει ότι έχετε αλλεργία σε κάποιο φάρμακο, φαγητό ή ο,τιδήποτε άλλο;      Ναι       Όχι
- Μήπως υπάρχει κάποιο πρόβλημα για το οποίο πρέπει να λάβει γνώση ο υπεύθυνος του προγράμματος;      Ναι       Όχι