**ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ & ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ 2020-21**

Ημ/νία Εγγραφής : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Επώνυμο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ‘Ονομα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

‘Eτος γεννήσεως \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Α.Δ.Τ. / Διαβατηρίου \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ονομ/μο Κηδεμόνα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Διεύθυνση διαμονής**

Οδός \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθμός \_\_\_\_\_\_ ΤΚ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Περιοχή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Επικοινωνία**

Κιν. Τηλ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τηλ. 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τηλ.2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ενδιαφέρομαι για τα προγράμματα *(συμπληρώνετε «ΝΑΙ»)*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ΒΑΡΝΑΒΑΣ** | **ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟ** | **ΜΑΡΑΘΩΝΑΣ** | **ΝΕΑ ΜΑΚΡΗ** | **ΑΓΙΑ ΜΑΡΙΝΑ** |
| **ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ** |  |  |  |  |  |
| **ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΧΟΡΟΙ** |  |  |  |  |  |
| **ΑΘΛΗΣΗ ΑΜΕΑ** |  |  |  |  |  |

Ως συμμετέχων δηλώνω υπεύθυνα ότι:

* έχω πραγματοποιήσει όλες τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις (συμπεριλαμβ. για Covid-19)
* οφείλω κάθε φορά να ενημερώνω τον Κ. Φυσικής Αγωγής για την κατάσταση της υγείας μου και
* σε κάθε περίπτωση συμμετέχω με δική μου ευθύνη ως προς το θέμεα της υγείας μου.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

Ο/Η ΑΙΤΩΝ Ο/Η ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ