



SUMMER CAMP 2021

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΕΒΔΟΜΑΔΑ.....

Επώνυμο Όνομα

Ημερομηνία Γέννησης Αγόρι Κορίτσι

Όνοματεπώνυμο Γονέα

Διεύθυνση Τ.Κ. Περιοχή.....

Τηλέφωνο οικίας Τηλέφωνο εργασίας

Κινητό

E mail

Αλλεργίες:

Δήλωση Γονέα ή Κηδεμόνα

Δηλώνω ότι:

- Συμφωνώ με την παρακολούθηση των μαθημάτων ιστιοπλοΐας/κανόε/καγιάκ του παιδιού μου και ότι γνωρίζει κολύμπι.
- Επιτρέπω την φωτογράφιση/ βιντεοσκόπηση του παιδιού μου καθώς και την χρήση του υλικού για λόγους προβολής του ομίλου.
- Έχω δηλώσει αν έχει τυχόν αλλεργίες.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο Δηλών / Η Δηλούσα (Υπογραφή)

..... (Όνοματεπώνυμο)