

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:
ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ:
ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ :

ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΚΙ ΕΝΑΝ ΚΑΙΡΟ

19/06 έως 30/06/2015

02/08 έως 13/08/2015

30/06 έως 11/07/2015

13/08 έως 24/08/2012

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ: E-MAIL:
ΟΝΟΜ/ΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:
ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΚΙΝΗΤΟ:
Άλλα τηλέφωνα επικοινωνίας:
Σύνολο κατάθεσης : 104,28 €

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ: 011-210-441-25-918

ΙΒΑΝ ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ: GR 2801102100000021044125918

Συνολικός αριθμός παιδιών που θα αποστείλουν οι γονείς*:

**Για το κάθε παιδί θα συμπληρωθεί ξεχωριστή αίτηση*

Παρακαλούμε συμπληρώστε το παρακάτω ιατρικό δελτίο.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Όνοματεπώνυμο:
Ημερομηνία γέννησης:
Σωματικό βάρος:

1. Σημειώστε με Χ τις παιδικές αρρώστιες που έχει περάσει ο κατασκηνωτής:
() Ιλαρά () Ερυθρά () Οστρακιά
() Παρωτίτιδα () Ανεμοβλογιά () Κοκίτης
2. Σημειώστε με Χ αν έχει κάνει πρόσφατα αντιτετανικό εμβόλιο
() Ναι () Όχι
3. Υπάρχουν προβλήματα:
Αλλεργίας: () Ναι () Όχι
Αλλεργίας σε φάρμακο: () Ναι () Όχι
Αναπνευστικό: () Ναι () Όχι
4. Αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα;
(π.χ. Νυχτερινή ενούρηση, Υπνοβασία, Φοβίες;)
() Ναι () Όχι
5. Κάνει γυμναστική στο σχολείο ή είναι απαλλαγμένο;
() Ναι, κάνει () Όχι, είναι απαλλαγμένο
6. Αναφέρετε όποια πληροφορία θεωρείτε χρήσιμη.
.....
.....
.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΓΟΝΕΑ

Δηλώνω υπεύθυνα για την ακρίβεια των παραπάνω στοιχείων

Ο ΔΗΛΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ