**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

(Αν θέλετε να δηλώσετε συμμετοχή για περισσότερα από ένα παιδί, χρησιμοποιήστε φωτοτυπία αυτού του εντύπου)

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

|  |
| --- |
| ΦΥΛΟ: ΑΓΟΡΙ □ ΚΟΡΙΤΣΙ □ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΟΝΟΜΑ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΔΟΣ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΑΡΙΘΜ.:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Τ.Κ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΠΟΛΗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΟΥ ΚΑΛΥΠΤΕΙ  ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ:  ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΣΧΕΤΙΚΟ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ: |
| ………………………………………………………………………………………………….…………………..  ……………………………………………………………………………………………….…………………….. |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Π Α Τ Ε Ρ Α Σ:** | **Μ Η Τ Ε Ρ Α:** |
| ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_ | ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ΥΠΗΡΕΣΙΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ΥΠΗΡΕΣΙΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ΑΛΛΑ ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΝΑΓΚΗ | ΑΛΛΑ ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΝΑΓΚΗ |
|  |  |
|  |  |

Επιθυμώ τη συμμετοχή του παιδιού μου σε μία από τις κατωτέρω κατασκηνώσεις με την ακόλουθη σειρά προτίμησης:

**ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΠΕΡΙΟΔΟΣ □ (Να συμπληρωθεί Α ή Β ή Γ)

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΠΕΡΙΟΔΟΣ □ (Να συμπληρωθεί Α ή Β ή Γ)

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΠΕΡΙΟΔΟΣ □ (Να συμπληρωθεί Α ή Β ή Γ)

□ Δηλώνω υπεύθυνα ότι είναι υγιές και ότι μπορεί να συμμετέχει σε όλα τα αθλήματα.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ \_\_\_/\_\_\_\_/2017 **Ο ΔΗΛΩΝ ΓΟΝΕΑΣ**

**ΚΑΡΤΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**

**Φωτογραφία Κατασκηνωτή**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ: | | | |
| ΦΥΛΟ: | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: | | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ  ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: | | | |
| ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ  ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΗΝ ΔΑΠΑΝΗ  ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ | | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ: | | ΠΟΛΗ: | ΤΗΛ.: |
| ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ | | | |
| ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ  ΑΠΟ: ΕΩΣ: | | | |

Ημερομηνία: …./…../2017 Για τον Ασφαλιστικό Φορέα

Ο κηδεμόνας:

Υπογραφή και ολογράφως

.………………………………

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ**

Ο/Η Υπογράφων …………………………………………………………………………………………………………………......

ασφαλισμένος στο Ταμείο ……………………………………………………..………………………………………………..

δηλώνω με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του νόμου για ψευδή δήλωση, ότι το παιδί μου ……………………………………………………………………………………………..…………………………

προσήλθε στην κατασκήνωση ……………………………………. ……την Α, Β, Γ περίοδο 2016 την …………………………………………………………………….

Σε περίπτωση ψευδών ή ανακριβών στοιχείων της Δήλωσης το Ταμείο ουδεμία υποχρέωση έχει και η δαπάνη καταβολής του τροφείου βαρύνει αποκλειστικά και μόνο τον κηδεμόνα του παιδιού.

Ημερομηνία άφιξης: …../…../2017

Ο Κηδεμόνας

Υπογραφή και ολογράφως

……………………………….

(Η κάρτα του κατασκηνωτή παραμένει στην κατασκήνωση. Η Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται από τον κηδεμόνα του παιδιού και υποβάλλεται από την κατασκήνωση στον Ασφαλιστικό Φορέα).