



Ημερομηνία Αίτησης:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ

(Συμπληρώνεται από το γονέα με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:	ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ
	ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ
	ΑΓΟΡΙ ☐ ΚΟΡΙΤΣΙ ☐
ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝ. ΠΑΙΔΙΟΥ : / /	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ	
ΟΔΟΣ :	ΑΡΙΘΜΟΣ :
ΠΟΛΗ :	Τ.Κ. :
EMAIL ΕΠΙΚΟΙΝ. :	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. 1 :	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. 2 :
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ. :	ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΟΝΕΑ :
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΕΙΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ):	
Γράψτε εδώ όποια πληροφορία σχετικά με το ιατρικό ιστορικό του παιδιού θεωρείτε χρήσιμη:	

Με την αίτησή μου αυτή επιθυμώ να εγγράψω το παιδί μου στο πρόγραμμα της αντισφαίρισης και προσκομίζω τα παρακάτω έγγραφα:

- ❖ Ιατρική Βεβαίωση παιδιού (με ημερομηνία έκδοσης 2025) ☐
- ❖ Πιστ. Οικ. Κατάστασης ☐
- ❖ Αποδεικτικό Κατοικίας ☐ Είδος εγγράφου:

❖ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή. Το παιδί μου έχει εξεταστεί από ιατρό δικής μου επιλογής για την τρέχουσα αθλητική περίοδο και δεν έχει κανένα πρόβλημα υγείας που να εμποδίζει τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα της αντισφαίρισης, ενώ έχω προσκομίσει και την ανάλογη ιατρική βεβαίωση την οποία δεσμεύομαι να ανανεώσω μετά τη πάροδο ενός έτους από την έκδοσή της.

Είμαι ενήμερος/η για τους κινδύνους που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της προπόνησης και αναλαμβάνω πλήρως την ευθύνη σε περίπτωση ατυχήματος του, κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων μαζικής άθλησης του Δήμου Καλλιθέας απαλλασσόμενων πλήρως και ολοσχερώς τους προπονητές του ή οποιουδήποτε άλλου συμβάλλει στην υλοποίηση των προγραμμάτων, καθόσον αδυνατούν με όση επιμέλεια και αν επιδείξουν, την οποία θεωρώ δεδομένη, να παρακολουθήσουν και να αποτρέψουν κάθε ενδεχόμενο ατυχήματος.

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στον Δήμο Καλλιθέας να επικοινωνεί μαζί μου για θέματα που αφορούν τα προγράμματα στα οποία έχω εγγράψει το παιδί μου, στα δηλούμενα από εμένα παραπάνω στοιχεία επικοινωνίας μου.

Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους Κανονισμούς Λειτουργίας του προγράμματος της Αντισφαίρισης οι οποίοι είναι αναρτημένοι στην ιστοσελίδα του Δήμου, και συμμορφώνομαι με τις υποδείξεις των αρμοδίων που συμβάλλουν στην υλοποίηση και τον προγραμματισμό του προγράμματος που επιλέχθηκε.

Η μη τήρηση τους συνεπάγεται ότι η διεύθυνση του προγράμματος διατηρεί το απόλυτο δικαίωμα να αφαιρέσει την ιδιότητα του μέλους.

Ο/Η Αιτών/ουσα – Κηδεμόνας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ: _____