

SUMMER CAMP ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ_ΑΣ ΑΣΤΕΡΙΑ ΚΟΖΑΝΗΣ

A/A Παιδιού	Επώνυμο	Όνομα	Ηλικία	Τάξη έτος 2025-2026
1°				
2°				
3°				
Διεύθυνση			Περιοχή	
Επώνυμο & Όνομα Γονέα 1				
Επώνυμο & Όνομα Γονέα 2				
Email Επικοινωνίας				
Κινητό Επικοινωνίας				
Παραλαβή παιδιών σε περίπτωση που διαφέρει (Επώνυμο & Όνομα τηλέφωνο)				
Εβδομάδα συμμετοχής (κυκλώνω)	16-21/6	23-28/6	30/6-5/7	7-12/7
Οικονομικά Υπόχρεος Γονέας				
Α.Φ.Μ. Οικονομικά Υπόχρεου		ΑΜ εργαζομένου		
ΤΑΜΕΙΟ				
Εργαζόμενος γονιός σε συνδιοργανωτή/ Μέλος ΑΣ ΑΣΤΕΡΙΑ	NAI		OXI	
Βεβαίωση Παιδίατρου ή Παθολόγου ή Καρδιολόγου ή Γενικού Ιατρού	NAI		OXI	
Συγκατάθεση για τη συμμετοχή στις εκδρομές (Στίβος-Πάρκο/Κουρί/Μουσείο)	NAI		OXI	
Συγκατάθεση για τη συμμετοχή στη διανυκτέρευση	NAI		OXI	

Ενημέρωση και συγκατάθεση για την επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων

NAI	OXI	Παρέχω τη συγκατάθεση μου για τη χρήση των στοιχείων επικοινωνίας μου από το Σύλλογο και τους συν διοργανωτές του προγράμματος προκειμένου να λαμβάνω ενημερωτικό υλικό για μελλοντικές δράσεις, προγράμματα, εκδηλώσεις.
NAI	OXI	Παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, ως ασκών την γονική μέριμνα του ως άνω συμμετέχοντα/συμμετέχουσας, για την παρουσίαση αναμνηστικών φωτογραφιών και βίντεο από δράσεις στις οποίες εμφανίζεται το παιδί μου, στα κοινωνικά δίκτυα ή σε άλλο υλικό (έντυπα, αφίσες, βίντεο στο διαδίκτυο, προς τον σκοπό προώθησης και ενημέρωσης του κοινού για τις δραστηριότητες του Συλλόγου.
NAI	OXI	Έχω ενημερωθεί για την παραπάνω επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και των προσωπικών δεδομένων του/της συμμετέχοντα/ουσας, και παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, ατομικά και ως ασκών την γονική μέριμνα του/της ανωτέρω μαθητή/τριας, στην επεξεργασία τους, όπως ειδικά στον Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.
NAI	OXI	Ο Γονέας/Κηδεμόνας – Διαχειριστής της Αίτησης δηλώνω ότι τα αναφερόμενα στην παρούσα αίτηση εγγραφής στοιχεία εμού, του παιδιού μου και του έτερου Γονέα/Κηδεμόνα είναι ακριβή και σε περίπτωση αλλαγής αυτών οφείλω να ενημερώσω τον Αθλητικό Σύλλογο για την αλλαγή στοιχείων με email στη διεύθυνση.

Υπογραφή Όνομα Γονέα/Κηδεμόνα

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (για ένα παιδί)

ΠΡΟΣΟΧΗ: να συμπληρωθούν και υπογραφούν και το Τμήμα Α' και το Τμήμα Β'

Επώνυμο παιδιού	
Όνομα παιδιού	
Ημερομηνία γέννησης	

ΤΜΗΜΑ Α – ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (συμπληρώνεται από τον γονέα/κηδεμόνα)

Εμφανίζει ο/η συμμετέχων/ουσα κάποιο ζήτημα υγείας το οποίο θα πρέπει να γνωρίζουμε στο Summer Camp (αλλεργίες, φαρμακευτική αγωγή);

Ναι	
Όχι	

Εάν ναι, παρακαλούμε περιγράψτε:

--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ονοματεπώνυμο	
Διεύθυνση	
Τηλέφωνο	
Υπογραφή	

ΤΜΗΜΑ Β _ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ (συμπληρώνεται από τον ιατρό)

Εξέτασα τον/την συμμετέχοντα/ουσα και βεβαιώνω ότι δύναται να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες και να χρησιμοποιεί τις αθλητικές εγκαταστάσεις περιλαμβανομένων της πισίνας, του στίβου και των γηπέδων για λόγους αναψυχής.

Ναι	
Όχι	

Εάν ναι, παρακαλούμε περιγράψτε:

--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ονοματεπώνυμο	
Ειδικότητα	
Διεύθυνση	
Τηλέφωνο	
email	
Υπογραφή/Σφραγίδα	
Ημερομηνία	

Τα παραπάνω στοιχεία συλλέγονται με αποκλειστικό σκοπό τη διασφάλιση της υγείας των παιδιών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα και την ομαλή οργάνωση και λειτουργία της κατασκήνωσης, διατηρούνται απολύτως απόρρητα και εμπιστευτικά με ευθύνη ιατρού/νοσηλεύτη κατά τα ειδικότερα οριζόμενα στους Όρους Συμμετοχής («Ενημέρωση και Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων»).