



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΆΘΛΗΣΗΣ

(Συμπληρώνεται από τον ενδιαφερόμενο με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝ. / /	ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/>	ΓΥΝΑΙΚΑ <input type="checkbox"/>
ΟΔΟΣ :	ΑΡΙΘΜΟΣ :			
ΠΟΛΗ :	Τ.Κ. :			
ΗΜΕΡ. :	EMAIL ΕΠΙΚΟΙΝ. :			
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. 1 :	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. 2 :			
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛ. :	ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ :			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΕΙΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΓΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ):				
ΓΡΑΨΤΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΕΔΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΧΡΗΣΙΜΗ:				
Με την αίτησή μου αυτή επιθυμώ να εγγραφώ στο πρόγραμμα:				
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΑΘΛ. ΚΕΝΤΡΟ / ΓΗΠΕΔΟ			
ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ/ΟΜΑΔΙΚΑ:	<input type="checkbox"/> ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ			
ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗ:	<input type="checkbox"/> ΣΑΛΑΜΙΝΟΣ			
ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΑΛΑΓΗΣ				
Παρακαλώ όπως με απαλλάξετε από την ετήσια συνδρομή για τα προγράμματα μαζικής άθλησης λόγω:				
<input type="checkbox"/> συμπλήρωσης 60 ^{ου} έτους ηλικίας (δεν ισχύει για τένις)		<input type="checkbox"/> χαμηλού εισοδήματος		
<input type="checkbox"/> τριτεκνίας/πολυτεκνίας		<input type="checkbox"/> αναπηρίας άνω του 67%		

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία μου είναι αληθή. Έχω εξεταστεί από ιατρό δικής μου επιλογής και δεν έχω κανένα πρόβλημα υγείας που να εμποδίζει να γυμνάζομαι και επισυνάπτω και την ανάλογη ιατρική βεβαίωση.

Είμαι ενήμερος/η για τους κινδύνους που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της προπόνησης, καθόσον οι προπονητές ή οποιοσδήποτε άλλος συμβάλλει στην υλοποίηση των προγραμμάτων, αδυνατούν, με όση επιμέλεια και αν επιδείξουν, να παρακολουθήσουν και να αποτρέψουν κάθε ενδεχόμενο ατυχήματος.

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στο ΝΠΔΔ ΟΠΑΑ «Γιάννης Γάλλος» να επικοινωνεί μαζί μου για θέματα που αφορούν τα προγράμματα στα οποία έχω εγγραφεί, στα δηλούμενα από εμένα παραπάνω στοιχεία επικοινωνίας μου. **Συμφωνώ** **Δε συμφωνώ**

Έλαβα γνώση και αποδέχομαι πλήρως τους αναρτημένους στο γυμναστήριο και στην ιστοσελίδα του Δήμου, Κανονισμούς Λειτουργίας των αθλητικών προγραμμάτων και των χώρων που υλοποιούνται. Συμμορφώνομαι με τις υποδείξεις των αρμοδίων που συμβάλλουν στην υλοποίηση του προγράμματος που θα παρακολουθήσει το παιδί μου. Η μη τήρηση τους συνεπάγεται ότι η διεύθυνση του προγράμματος διατηρεί το απόλυτο δικαίωμα να αφαιρέσει την ιδιότητα του μέλους.

Ο/Η Αιτών/ουσα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ 2019/ΠΙΣΤ. ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΟΛΥΤΕΚΝΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ ΓΟΝΕΑ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚ/ΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΕΚΚΑΘ. ΕΦΟΡΙΑΣ

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ