



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΑΘΛΗΣΗΣ 2020-2021

(Συμπληρώνεται από τον ενδιαφερόμενο με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ	ΕΤΟΣ ΓΕΝ.	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
ΟΔΟΣ :	ΑΡΙΘΜΟΣ :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/> ΑΡΑΠΑΚΗ	<input type="checkbox"/> Μ.ΜΕΡΚΟΥΡΗ	<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, ενώ έχω προσκομίσει και την ανάλογη ιατρική βεβαίωση.

Είμαι ενήμερος/η για τους κινδύνους που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της προπόνησης και αναλαμβάνω πλήρως την ευθύνη σε περίπτωση ατυχήματος μου, κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων μαζικής άθλησης του Ο.Π.Α.Α. «Γιάννης Γάλλος», απαλλασσόμενων πλήρως και ολοσχερώς τους προπονητές μου 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 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

Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους Κανονισμούς Λειτουργίας του Γυμναστηρίου και των αθλημάτων που είναι αναρτημένοι στο γυμναστήριο και στην ιστοσελίδα του Δήμου, και συμμορφώνομαι με τις υποδείξεις των αρμοδίων που συμβάλλουν στην υλοποίηση 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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ 2019/ΠΙΣΤ. ΕΝΤΟΠΙΟΤΗΤΑΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΟΛΥΤΕΚΝΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ ΓΟΝΕΑ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚ/ΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΕΚΚΑΘ. ΕΦΟΡΙΑΣ

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ