



**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ-ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΔΗΜΟΥ ΓΛΥΦΑΔΑΣ (Κ.Α.Π.ΠΑ)**

ΑΙΤΗΣΗ ΑΘΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ		
Επώνυμο:	Όνομα:	Ηλικία:
Όνομα Πατρός:	Όνομα μητρός:	Ημερομηνία Γέννησης:
Διεύθυνση Κατοικίας		
Οδός:	Αρ. :	Τ.Κ.:
Πόλη:	Σταθερό Τηλέφωνο:	
Δημότης:	Ετεροδημότης:	

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΟΣ		
Όνοματεπώνυμο:		
Διεύθυνση Κατοικίας		
Οδός:	Αρ. :	Τ.Κ.:
Πόλη:	Σταθερό Τηλέφωνο:	
Κινητό Τηλέφωνο:	Εναλλακτικό Τηλέφωνο:	
Τηλέφωνο Εργασίας:		
E-mail:		

Γ. ΤΟΜΕΑΣ ΑΘΛΗΣΗΣ
Είδος Προγράμματος:

Δ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ
Ενημερώστε μας για τυχόν ιστορικό προβλημάτων υγείας :

Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι :

1. Επιθυμώ το παιδί μου να συμμετέχει στα προγράμματα άθλησης, που έχει θέσει ο Δήμος Γλυφάδας στη διάθεση των δημοτών, με συνημμένη ιατρική γνωμάτευση καλής υγείας παιδιάτρου και θα ακολουθεί τις υποδείξεις των Καθηγητών Φυσικής Αγωγής/Προπονητών καθώς και του λοιπού προσωπικού.
2. Τα στοιχεία που αναγράφονται στην αίτησή μου είναι ακριβή.
3. Θα έχω την ευθύνη της προσέλευσης και της αποχώρησης του από το Αθλητικό Πρόγραμμα.
4. Δηλώνω ότι παρέχω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου, για την διατήρηση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων τα οποία γνωρίζω με την παρούσα αίτηση με σκοπό: α) Την οποιαδήποτε ενημέρωση-πληροφορία, σχετική με την ορθή λειτουργία και οργάνωση των προγραμμάτων άθλησης, προς εξυπηρέτηση του ιδίου. β) Τη χρησιμοποίηση των δεδομένων με ασφάλεια και πάντοτε με την ισχύουσα νομοθεσία, αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς που σχετίζονται με τις δραστηριότητες των προγραμμάτων άθλησης. γ) Επιτρέπω να φωτογραφηθεί κατά τη διάρκεια της συμμετοχής του στο πρόγραμμα και οι φωτογραφίες, να χρησιμοποιηθούν για λόγους αθλητικούς ή για σκοπούς προβολής του προγράμματος. δ) Ο χρόνος διατήρησής τους, καθορίζεται λαμβάνοντας υπόψη το σκοπό που έχουν συλλεγεί και την ισχύουσα νομοθεσία. ε) Την τήρηση των επιταγών του υπ' αριθμ.679/2016 κανονισμού της Ε.Ε., για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τη συμμόρφωση με τις ισχύουσες κανονιστικές και νομοθετικές ρυθμίσεις. στ) Γνωρίζω ότι διατηρώ το δικαίωμα ανάκλησης της ανωτέρω συγκατάθεσής μου οποτεδήποτε, κατόπιν έγγραφης ενημέρωσης του ΝΠΔΔ «ΚΑΠΠΑ Γλυφάδας».

Ημερομηνία:----/----/----

Για τον ανήλικο Αθλούμενο/νη ο/η Κηδεμόνας
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ