



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟΥ ΔΗΜΟΥ ΓΛΥΦΑΔΑΣ

Επώνυμο ΠΑΙΔΙΟΥ	
Όνομα ΠΑΙΔΙΟΥ	
Έτος γέννησης	
Όνοματεπώνυμο Μητέρας	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας	
Κινητό τηλέφωνο Μητέρας (κύριο μέσο επικοινωνίας)	
Όνοματεπώνυμο Πατέρα	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας	
Κινητό τηλέφωνο Πατέρα (κύριο μέσο επικοινωνίας)	
Διεύθυνση κατοικίας / Τ.Κ.	
Τηλέφωνο οικίας	
Τηλέφωνο εργασίας μητέρας	
Τηλέφωνο εργασίας πατέρα	
Email Επικοινωνίας	
Άλλο Τηλέφωνο σε περίπτωση ανάγκης	
Βεβαίωση Ιατρού	
Λογαριασμός ΔΕΚΟ	

ΓΛΥΦΑΔΑ / / 2020

Υπογραφή

- Συμφωνώ με την χρήση των προσωπικών μου δεδομένων.
- Δε συμφωνώ με την χρήση των προσωπικών μου δεδομένων.