



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ SUMMER CAMP 2024

Επώνυμο παιδιού..... Όνομα παιδιού.....

Ημ.Γέννησης παιδιού...../...../.....

Όνομα πατέρα..... Όνομα μητέρας.....

Κινητό πατέρα.....μητέρας.....

Email.....

ΠΕΡΙΟΔΟΙ SUMMER CAMP A.O.BYRON 2024

Παρακαλούμε σημειώστε τις περιόδους που επιθυμείτε να συμμετάσχει το παιδί σας.

1 ^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 17/6-21/6	2 ^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 24/6-28/6	3 ^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1/7-5/7	4 ^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 8/7-12/7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΡΟΚ	ΠΡΟΚ	ΠΡΟΚ	ΠΡΟΚ
ΕΞΟΦΛ	ΕΞΟΦΛ	ΕΞΟΦΛ	ΕΞΟΦΛ

Γενική ώρα Προσέλευσης 08:10-08:45 & Αποχώρησης 13:30-15:30.

Ενδεικτική ώρα Προσέλευσης.....Αποχώρησης.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο πιο κάτω υπογεγραμμένος γονέας/κηδεμόνας του/της, δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του παιδιού μου στο SUMMER CAMP του A.O.BYRON 2024 και συμφωνώ στη λήψη και δημοσιοποίηση από τον A.O.BYRON φωτογραφιών του παιδιού μου, με την συμμετοχή του στις δραστηριότητες του CAMP. Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου δεν έχει κάποιου είδους αλλεργία σε τρόφιμα και δεν λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Ο/Η δηλών/ούσα..... Ημερομηνία...../...../2024

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗ & ΕΞΟΦΛΗΣΗ μόνο στα γραφεία μας ΓΗΠΕΔΟ ΕΡΓΑΝΗΣ
ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ+ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ και ηλεκτρονικά στο aobyron1954@gmail.com
από 01/6 έως 10/6 καθημερινά Δευτέρα έως Παρασκευή (17:30-19:00).
Τηλ. επικοινωνίας 2130 455 535 & 6944 833 468.