




ΚΟΛΥΜΒΗΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΟΖΑΝΗΣ
ΛΙΑΠΕΙΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΚΟΙΛΑ ΚΟΖΑΝΗΣ)

Τηλ. 24610 29995

Web://www.kekozanis.gr/

 groups/KolymvitikiEnosiKozanis

E-mail: kekozanis@gmail.com

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Ημερομηνία Εγγραφή Αθλητή/τριας: _____

Με την παρούσα αίτηση εξουσιοδοτώ την Κολυμβητική Ένωση Κοζάνης όπως:

ΝΑΙ ΟΧΙ Διατηρεί σε ηλεκτρονική ή σε οποιαδήποτε άλλη μορφή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα για σκοπούς ενημέρωσης σχετικά με δράσεις του Συλλόγου

ΝΑΙ ΟΧΙ Χρησιμοποιεί για σκοπούς προβολής και αναβάθμισης της ιστοσελίδας της φωτογραφίες από σχετικούς αγώνες, ημερίδες, προπονήσεις ή και οποιαδήποτε άλλες εκδηλώσεις των αθλητών/ αθλητριών του Συλλόγου.

ΝΑΙ ΟΧΙ Συμφωνώ με την Πολιτική Προστασία Προσωπικών Δεδομένων της Κ.Ε.Κ.

Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα:	
Όνοματεπώνυμο Αθλητή/τριας:	
Ημερομηνία Γεννήσεως:	
Διεύθυνση Κατοικίας:	
Τάξη Φοίτησης:	
Τηλέφωνο Κατοικίας:	Τηλέφωνο Εργασίας:
Κινητό τηλέφωνο:	Άλλο Τηλέφωνο:
E-mail:	

ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Δεν Επιπλέει Επιπλέει: Κολυμπάει

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/νη δηλώνω υπεύθυνα ότι συμφωνώ απόλυτα με τον κανονισμό λειτουργίας της Κολυμβητικής Ένωσης Κοζάνης.

Επισυνάπτω το ποσό των **20 ΕΥΡΩ**, για την εγγραφή: αρ. απόδειξης/ημερομηνία: _____

Υποχρεωτική επισύναψη ιατρικής γνωμάτευσης παιδίατρου ή καρδιολόγου.

Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____


Όνοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα: _____



ΚΟΛΥΜΒΗΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΟΖΑΝΗΣ
ΛΙΑΠΕΙΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΚΟΙΛΑ ΚΟΖΑΝΗΣ)

Τηλ. 24610 29995

Web://www.kekozanis.gr/

 groups/KolymvitikiEnosiKozanis

E-mail: kekozanis@gmail.com

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Δηλώνω ότι ο/η _____ δεν έχει κανένα πρόβλημα υγείας, που να τον/την απαγορεύει να συμμετέχει στα προγράμματα κολύμβησης της Κολυμβητικής Ένωσης Κοζάνης, όπως προκύπτει από τη βεβαίωση του γιατρού την οποία επισυνάπτω. (Σύμφωνα με τον ΦΕΚ 3254Β 8-8-2018, έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις)

Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Όνοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα: _____