**1o Summer Camp Woman Volleyball ΠΑΟΚ 2019 *(18/28.06.19)***

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο Αθλήτριας** |  |
|  Ημερ. Γέννησης |  |
| Ονοματεπώνυμο Πατέρα/κηδεμόνα |  |
| Ονοματεπώνυμο Μητέρας/κηδεμόνα |  |

|  |
| --- |
| **Στοιχεία Επικοινωνίας** |
| Τηλ. Εργασίας |  |
| Τηλ. Οικίας |  |
| Κινητό πατέρα/κηδεμόνα |  |
| Κινητό μητέρας/κηδεμόνα |  |
| Διεύθυνση Κατοικίας/Τ.Κ. |  |
| E-mail |  |

**Συμπληρώστε τις εβδομάδες συμμετοχής στους οποίους θα συμμετέχουν οι αθλητές/τριες:**

1η Εβδομάδα 18-22 Ιουνίου 2019 2η Εβδομάδα 24-28 Ιουνίου 2019

(Αργία 17/6/2019)

Παρακαλούμε σημειώστε αν υπάρχει κάποια ιδιαιτερότητα στο παιδί που χρειάζεται να προσεχθεί

Αλλεργίες Φαρμακευτική Αγωγή Κινητικά Προβλήματα Άλλο

Σημειώστε αναλυτικότερα:

**Με εκτίμηση,**

**Για τον Α.Σ. ΠΑΟΚ**

**Γιώργος Χ¨βασιλειάδης Γενικός Αρχηγός Τμήματος Πετοσφαίρισης Γυναικών**

**Υπεύθυνη δήλωση Γονέα/Κηδεμόνα**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος γονέας/κηδεμόνας, δηλώνω ότι το παιδί μου έχει κάνει όλες τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις που του επιτρέπουν να αθλείται & ότι θα προσκομίσω Ιατρική βεβαίωση πριν την έναρξη του Camp.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι συμφωνώ να χρησιμοποιούνται φωτογραφίες του παιδιού μου στην επίσημη ιστοσελίδα του Α.Σ. ΠΑΟΚ από το γραφείο τύπου.

Θεσσαλονίκη.……………………………..Ο/Η Δηλ…………….…................................................................................................................

(υπογραφή γονέα/κηδεμόνα)