**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ**

ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗΣ

**ΗΛΙΚΙΕΣ 4-18 ΕΤΩΝ**

 Γαλάτσι, ……/……/……..

 Αρ.Πρωτ.:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΕΚΝΟΥ : ………………………………………………………………….

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΕΚΝΟΥ : …………………………………………………………

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ : ………………………………………………

ΑΜΚΑ:…………………………………………………………………………………………………………

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ………………………………………………………………………………..

ΠΕΡΙΟΧΗ : ……………………………………… Τ.Κ. : ………………………………….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ : …………………………………… ΚΙΝΗΤΟ :……………………………

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ : ΝΑΙ ΟΧΙ

Η παραμονή των συνοδών των παιδιών στο χώρο της αθλητικής δραστηριότητας κρίνεται υποχρεωτική.

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ ΑΘΛΗΤΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

|  |  |
| --- | --- |
| για την Ειδική Φυσική Αγωγή:1. Αθλητικά ρούχα
2. Αθλητικά υποδήματα
3. Πετσέτα
 | για την πισίνα: 1. Μαγιό
2. Σκουφάκι.
3. Γυαλάκια κολύμβησης
4. Αντιολισθητικές παντόφλες.
5. Μπουρνούζι ή πετσέτα μπάνιου.
 |

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

* 2 Φωτογραφίες
* Φωτοτυπία λογαριασμού ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή ΕΥΔΑΠ
* Φωτοτυπία ταυτότητας
* Γνωμάτευση απο Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) ή γνωμάτευση Ιατρού αν δεν υπάρχει βεβαίωση από τα ΚΕΠΑ
* Ιατρικές Βεβαιώσεις (όπισθεν θεωρημένες από γιατρούς αναλόγως την αθλητική δραστηριότητα)

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

Με ατομική µου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α. δέχομαι να συµµετάσχει το παιδί µου στις δραστηριότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας για την περίοδο 20.... – 20....,

β. τα προσκοµιζόµενα δικαιολογητικά και οι ιατρικές βεβαιώσεις είναι αληθείς και

γ. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συµµετοχής στα προγράµµατα και στους αθλητικούς χώρους.

 Ο / Η Δηλ…………..

 (Υπογραφή)

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ (για άτομα έως και 16 ετών)**

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

 και για δραστηριότητες κολυμβητηρίου

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η έμπροσθεν αιτούμενος/η δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

 ....../......../...............

 Ο ΙΑΤΡΟΣ

 (Υπογραφή & σφραγίδα)

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ Ή ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ Ή ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ**

**(για άτομα άνω των 16 ετών έως 18 ετών)**

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

 και για δραστηριότητες Κολυμβητηρίου

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η έμπροσθεν αιτούμενος/η δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

 ......./......../...............

 Ο ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή & σφραγίδα)

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ**

**(για άτομα άνω των 16 ετών έως 18 ετών)**

\* Απαιτείται για δραστηριότητες Κολυμβητηρίου

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η έμπροσθεν αιτούμενος/η δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

......./......../...............

 Ο ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή & σφραγίδα)