



ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ

Επώνυμο * _____

Όνομα * _____

Όνομα Πατέρα * _____

Ημ/νία Γεννήσεως * _____

Διεύθυνση * _____

e-Mail * _____

Κινητό 1 (Πατέρα) * _____

Κινητό 2 (Μητέρα) _____

Κινητό 3 (Αθλητή/τριας) _____

Σταθερό Τηλέφωνο _____

Σχολείο _____

* = απαραίτητη πληροφορία

ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σημειώστε τις παιδικές ασθένειες που έχει περάσει ο/η αθλητής/αθλήτρια

Ιλαρά	<input type="checkbox"/>	Οστρακιά	<input type="checkbox"/>
Ανεμοβλογιά	<input type="checkbox"/>	Ερυθρά	<input type="checkbox"/>
Παρωτίτιδα	<input type="checkbox"/>	Κοκκύτης	<input type="checkbox"/>

Έχει γίνει εμβόλιο τετάνου;

Ναι Όχι

Υπάρχουν προβλήματα;

Αναπνευστικά Αλλεργίας



ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΚΑΛΑΘΟΣΦΑΙΡΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ

Με την παρούσα αίτηση παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή του/της γιού/κόρης μου ως αθλητή/αθλήτρια στην Ακαδημία του Καλαθοσφαιρικού Αθλητικού Ομίλου Μελισσιών και δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή του/της στις δραστηριότητες του Συλλόγου.

Επισυνάπτεται πιστοποιητικό ιατρού για τη δυνατότητα συμμετοχής σε αθλητικές δραστηριότητες.

Ναι Όχι

ΜΕΛΙΣΣΙΑ, ____ / ____ / 20__

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ