




ΚΟΛΥΜΒΗΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΟΖΑΝΗΣ
ΛΙΑΠΕΙΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΚΟΙΛΑ ΚΟΖΑΝΗΣ)

Web://www.kekozanis.gr/

 groups/KolymvitikiEnosiKozanis

E-mail: kekozanis@gmail.com

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΥΔΑΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗ

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 **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)

Web://www.kekozanis.gr/

f 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.

Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα: _____