ΔΗΜΟΣ ΦΙΛΟΘΕΗΣ – ΨΥΧΙΚΟΥ
Ο.Κ.Α.Π.Α. – Αθλητικό Κέντρο Νέου Ψυχικού

Ημερομηνία κατάθεσης:

φωτογραφία

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΘΛΗΣΗΣ		**____/____/____** ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ		**Αριθμ Μητρώου…….**	
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/ΣΥΖΥΓΟΥ					
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ					
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ				**Τ.Κ.**	
ΠΟΛΗ		**ΔΗΜΟΣ**			
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	**ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ**	**E mail**			
ΔΗΜΟΤΗΣ:					

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. 1 Φωτογραφία
2. Πιστοποιητικό εγγραφής στα Δημοτολόγια (για τους Δημότες) ή φωτοτυπία λογαριασμού ΔΕΗ ή ΕΥΔΑΠ (για κατοίκους του Δήμου Φιλοθέης-Ψυχικού)
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης για πολύτεκνους και τρίτεκνους.
4. Για φοιτητές φωτοτυπία βεβαίωσης σπουδών για εγγραφή και πάσου κάθε χρόνο για ανανέωση.
5. Ιατρικές βεβαιώσεις, με ισχύ ενός έτους (υποχρεωτικά με την εγγραφή σας).
6. Υπεύθυνη δήλωση γονέα για μέλη κολυμβητηρίου 15-18 ετών.

Για το Κολυμβητήριο:

Παιδιά,(*4 έως 18*)
Παιδιάτρου ή Παθολόγου

Γυναίκες (*18 και άνω*)
Καρδιολόγου ή Παθολόγου, και Δερματολόγου, Γυναικολόγου

Άνδρες (*18 και άνω*)
Καρδιολόγου ή Παθολόγου, και Δερματολόγου

Και για τα υπόλοιπα αθλήματα:

Παιδιά (*4 έως 18*)
Παιδιάτρου ή Παθολόγου

Ενήλικες (*18 και άνω*)
Καρδιολόγου ή Παθολόγου

Ο/Η Αιτ……

Με την παρούσα δηλώνω ότι έλαβα γνώση και αποδέχομαι τις οδηγίες χρήσης του Αθλητικού Κέντρου και τους κανονισμούς του Κολυμβητηρίου.

Υπογραφή

Για την κατάθεση της αίτησής σας είναι απαραίτητα όλα τα δικαιολογητικά

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ - ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης η/ο ..... δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετέχει σε αθλητική δραστηριότητα.	_____ /_____ /_____ **Ο ΙΑΤΡΟΣ** Υπογραφή & Σφραγίδα
ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης η/ο ..... δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετέχει σε αθλητική δραστηριότητα.	_____ /_____ /_____ **Ο ΙΑΤΡΟΣ** Υπογραφή & Σφραγίδα
ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης η/ο ..... δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετέχει σε αθλητική δραστηριότητα.	_____ /_____ /_____ **Ο ΙΑΤΡΟΣ** Υπογραφή & Σφραγίδα
ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης η/ο ..... δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετέχει σε αθλητική δραστηριότητα.	_____ /_____ /_____ **Ο ΙΑΤΡΟΣ** Υπογραφή & Σφραγίδα

Διευθύνσεις – Τηλέφωνα:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Αθλητικό Κέντρο Νέου Ψυχικού Ρήγα Φερραίου & Μπουμπουλίνας,

Τηλ. : 210 67 28 043

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: Τερτσέτη 51 – Νέο Ψυχικό. Τηλ. : 210 67 44 122