

Αίτηση Εγγραφής στη Σχολή Canyoning Αρχαρίων Ε.Π.Ο.Σ. Φυλής

Ο-Η (όνομα) | | | | | | | | | |

Επώνυμο : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Όνομα και επώνυμο πατέρα | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Όνομα και επώνυμο μητέρας | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Όνομα και επώνυμο συζύγου | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ημερομηνία γέννησης : | | | | | | | | | | (2)

Τόπος γέννησης :

Τόπος κατοικίας :

Οδός : Αριθ.: Τ.Κ.:

Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας : | | | | | | | | | | | |

- Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986¹-, δηλώνω ότι :

- 1) έλαβα γνώση για τους κινδύνους που υπάγουν σε μία Σχολή Canyoning.
- 2) επιθυμώ να συμμετάσχω στη Σχολή Canyoning Αρχαρίων του Ε.Π.Ο.Σ. ΦΥΛΗΣ.
- 3) έχω προσκομίσει στον Ε.Π.Ο.Σ. Φυλής γνήσιο Πιστοποιητικό Υγείας από Καρδιολόγο ή Παθολόγο (μηνός).
- 4) είμαι μέλος του Ε.Π.Ο.Σ. Φυλής με αριθμό μητρώου :
- 5) αποδέχομαι πλήρως τους όρους και τους κανονισμούς της Σχολής του Ε.Π.Ο.Σ. ΦΥΛΗΣ.
- 6) είμαι υποχρεωμένος να συμμορφώνομαι με τις οδηγίες των Εκπαιδευτών της Σχολής.
- 7) το κινητό μου τηλέφωνο είναι :
- 8) το σταθερό μου τηλέφωνο είναι :

Ο - Η δηλών