Αίτηση Εγγραφής στη Σχολή Αναρρίχησης Μέσου Επιπέδου Ε.Π.Ο.Σ. Φυλής

Προς : Ε.Ο.Ο.Α.

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. 1599/1986[1)]-', δηλώνω ότι :

1) έλαβα γνώση για τους κινδύνους που υπάγουν σε μία Σχολή Αναρρίχησης.
2) επιθυμώ να συμμετάσχω στη Σχολή Αναρρίχησης Μέσου Επιπέδου 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