**ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΕΒΑΔΕΩΝ**

**ΣΤΗ ΘΕΣΗ «ΠΑΛΙΟΜΗΛΙΑ ΕΛΙΚΩΝΑ»**

**ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 8 ΕΩΣ 14 ΕΤΩΝ**

(Παρακαλούμε να συμπληρωθεί με κεφαλαία γράμματα)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (παιδιού): ---------------------------------------------------------------

Ημερομηνία γέννησης: ------------------------- κορίτσι αγόρι

Διεύθυνση κατοικίας: οδός ----------------------------------------- Αρ.-------- Τ.Κ.----------

Πόλη:------------------------------------------- Τηλέφωνο οικίας: -----------------------------

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (πατέρα): ---------------------------------------------------------------

Διεύθυνση εργασίας: ----------------------------------------- Τηλέφωνο: ----------------------

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (μητέρας): --------------------------------------------------------------

Διεύθυνση εργασίας: ----------------------------------------- Τηλέφωνο: ----------------------

Τηλέφωνα ανάγκης (κινητά): --------------------------------------------------------------------

Το παιδί επιθυμεί να είναι στην ίδια ομάδα με τους φίλους/ες του ναι όχι

Εάν ναι, με ποιους/ες: ------------------------------------------------------------

Ημερομηνία:-------------/--------/2024

(όνομα – υπογραφή κηδεμόνα)

**Απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής:**

1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
2. Φωτοτυπία τελευταίου εκκαθαριστικού εφορίας.
3. Απόδειξη πρόσφατου λογαριασμού Δ.Ε.Η. ή Ο.Τ.Ε.
4. Εγγραφη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού σε περίπτωση που κάποιος από τους κατασκηνωτές έχει υποκείμενο νόσημα.
5. Ιατρικό δελτίο με φωτογραφία του παιδιού.

**(θα παραδίνεται κατά την άφιξη του στην κατασκήνωση**, **εφόσον επιλεγεί**).

**ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ:** **Α’** (1/07/2024 – 10/07/2024)

**Β’** (12/07/2024 – 21/07/2024)

**Γ’** (23/07/2024 – 1/08/2024)

**Δ’** (3/08/2024 – 12/08/2024)

**Σημείωση:**

Μπορείτε να επιλέξετε και πάνω από μια περίοδο (εναλλακτικά) σημειώνοντας μέσα στο πλαίσιο τους αριθμούς 1-2 βάσει της επιθυμία σας.