



Αίτηση εγγραφής μέλους (κολύμβησης)

ΕΠΙΘΕΤΟ _____	ΟΝΟΜΑ _____
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____ / _____ / _____	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ _____	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ _____
ΕΠΑΓ/ΠΑΤΡΟΣ _____	ΕΠΑΓ/ΜΑ ΜΗΤΡΟΣ _____
Διεύθ/ση Κατοικίας- ΟΔΟΣ _____	ΑΡΙΘ _____ ΤΚ _____
ΠΕΡΙΟΧΗ _____	
Οικίας _____	1° κινητό _____
2° κινητό _____	E-mail _____
(Συμπληρώνετε όλα τα παραπάνω στοιχεία)	
Από πού μας γνωρίσατε _____	Σχολείο στο οποίο φοιτά _____

Έχει νοσήσει το παιδί από Covid;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχουν πιστοποιητικό εμβολιασμού οι γονείς; **Μητέρα**

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πατέρας ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχουν πιστοποιητικό νόσησης οι γονείς; **Μητέρα**

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πατέρας ΝΑΙ ΟΧΙ

Γενικές Παρατηρήσεις _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες θα πρέπει να ενημερωθείτε άμεσα για κάτι σχετικά με τα μαθήματα σας, θα λαμβάνετε μήνυμα στο κινητό σας ή στο e-mail. **(Σε περίπτωση αλλαγής των παραπάνω στοιχείων παρακαλούμε να μας ενημερώσετε)**

Κινητό τηλ: _____

E-mail: _____

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ο γονέας βεβαιώνει ταυτόχρονα με την αίτηση ότι με σύμφωνη γνώμатеυση και του γιατρού το παιδί μπορεί να συμμετάσχει με ασφάλεια στο πρόγραμμα, καθώς επίσης ότι ο υπογράφων την αίτηση έχει ενημερωθεί και θα τηρεί τους κανόνες ασφαλείας για το παιδί πριν και μετά την κολύμβηση.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ/...../.....

Ημερ/νία Εγγραφής...../...../20.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ...../...../.....

Υπογραφή γονέα ή κηδεμόνα

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	
Δευτέρα	
Τρίτη	
Τετάρτη	
Πέμπτη	
Παρασκευή	
Σάββατο	

Συμπληρώνεται από την γραμματεία

Εισαγωγικής κολύμβησης

- | | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1 | Χαρ. Παπάκι | <input type="checkbox"/> | Ασημένιο Παπάκι | <input type="checkbox"/> | Χρυσό Παπάκι | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Ασημένιος Αστερίας | <input type="checkbox"/> | Χρυσός Αστερίας | <input type="checkbox"/> | | |
| 3 | Ασημένιο Δελφινάκι | <input type="checkbox"/> | Χρυσό Δελφινάκι | <input type="checkbox"/> | | |
| 4 | Επιλέκτων Α' | <input type="checkbox"/> | Επιλέκτων Β' | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | Προαγωνιστικό | <input type="checkbox"/> | Αγωνιστικό | <input type="checkbox"/> | | |



Αθλητικός Σύλλογος Ο.Φ.Ν.Ι.-Νηριίδες
Έδρα: Μεσολογγίου 40, Νέα Ιωνία,
Αττική
Τ210-2799200
www.niriides.gr/
niriides.swim@gmail.com

Στοιχεία μέλους

Επίθετο γονέα : _____
Όνομα γονέα : _____
Επίθετο/όνομα παιδιού/ών : _____
Κινητό τηλέφωνο : _____
E-mail : _____

GDPR

Από τις **25 Μαΐου 2018** ο **Ευρωπαϊκός Κανονισμός περί Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (GDPR)** τέθηκε σε εφαρμογή.

Σκοπός του είναι να εξασφαλίσει ότι όλοι οι φορείς που διατηρούν στην κατοχή τους προσωπικά σας δεδομένα δεν θα τα χρησιμοποιήσουν για κανέναν λόγο χωρίς την ρητή σας συγκατάθεση.

Σκοπός μας είναι να σας ενημερώνουμε για όλα τα νέα και τις εξελίξεις του Αθλητικού Συλλόγου, για πιθανές αλλαγές στο πρόγραμμα, για αλλαγές προπονήσεων λόγω έκτακτων γεγονότων κ.α., όλα τα παραπάνω θα σας κοινοποιούνται με newsletter, email ή sms.

Για να συνεχίσουμε να επικοινωνούμε θα θέλαμε τη συγκατάθεση σας, η οποία αφορά :

Στην διατήρηση του αριθμού τηλεφώνου (σταθερό ή κινητό) και του email σας με μοναδικό σκοπό την επικοινωνία μας για την σωστή λειτουργία και την αποφυγή της ταλαιπωρίας σας σε περίπτωση έκτακτων γεγονότων. Η αποστολή ενημέρωσης για κάθε μορφής εκδήλωσης, δραστηριότητας, αλλαγή ωραρίου ή πρόβλημα στις εγκαταστάσεις, θα αφορά **αποκλειστικά και μόνο το σωματείο μας.**

Να είστε βέβαιοι ότι:

- Εάν υπήρξατε μέλος μας ή συμμετείχατε σε τμήματα του Συλλόγου μας, διατηρούμε τα δεδομένα σας με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτησή σας.
- Ουδέποτε θα γνωστοποιήσουμε τα δεδομένα σας σε εταιρίες ή τρίτους εκτός του Αθλητικού Συλλόγου, εκτός αν είμαστε υποχρεωμένοι από το Νόμο.
- Εσείς έχετε πάντοτε πρόσβαση σε αυτά και δικαίωμα να μας ζητήσετε να τα διαγράψουμε μερικώς , να τα διορθώσουμε, να τα περιορίσουμε ή να τα διαγράψουμε συνολικά ,επικοινωνώντας στο e-mail niriides.swim@gmail.com ή στο τηλέφωνο 210-2799200.
- Ο σύλλογος μας θα κάνει όλες τις απαραίτητες τεχνικές διαδικασίες για να διασφαλιστεί η ασφάλεια αποθήκευσης των στοιχείων.

Επιθυμώ να λαμβάνω προσωποποιημένη επικοινωνία για νέα προγράμματα, εκδηλώσεις, έναρξη προπονήσεων και αλλαγές προγράμματος, όλες τις δραστηριότητες και προσφορές του Συλλόγου.

Υπογραφή μέλους

Ημερομηνία: ___ / ___ / ____
