**Δήλωση συμμετοχής Summer Camp/Formulaire d’inscription**

Θα χρειαστείτε να έχετε σε ηλεκτρονική μορφή(μπορείτε και φωτογραφία) :
Βεβαίωση γιατρού που κρίνει ικανό το παιδί να συμμετάσχει στις δραστηριότητες του Summer Camp 2024 (Ισχύει η βεβαίωση του σχολείου αν δεν ξεπερνάει τον ένα χρόνο).

Vous devrez avoir en format électronique (photo acceptée) :

Certificat médical attestant que l'enfant est apte à participer aux activités du Summer Camp 2024 (le certificat de l'école est valable s'il ne dépasse pas un an).

**Αριθμός παιδιών / Nombre d'enfants:**

* Ένα παιδί / Un enfant
* Δύο παιδιά / Deux enfants
* Τρία παιδιά / Trois enfants
* Παραπάνω από τρία / Plus de trois

**Στοιχεία Μαθητή / Informations sur l'élève**

Όνομα / Prénom:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Επώνυμο / Nom de famille:

………………………………………………………………………………………………………………………………..….

Ημερομηνία γεννήσεως / Date de naissance : ……………………………………………………………

Τάξη / Classe: ……………………

**Στοιχεία Γονέων/Κηδεμόνων / Informations des parents/tuteurs**

Όνομα/Prénom:……………………………………………………………………………………………………………

Επώνυμο / Nom de famille:

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Τηλέφωνο/Téléphone:………………………………………………………………………………………………………………

Email: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Διεύθυνση κατοικίας / Adresse de résidence**

Οδός και αριθμός / Rue et numéro

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Δήμος / Ville

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Checkboxes \*/ Cases à cocher \*

* 1η Περίοδος / 1st Period / 1ère Période 01/07/24 - 05/07/24

* 2η Περίοδος / 2nd Period / 2ème Période 08/07/24 - 12/07/24

Επιλογή σημείου συνάντησης ( Σχολείο ή κεντρικό σημείο της πόλης ) / Choix du point de rencontre (École ou point central de la ville)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ο γονέας βεβαιώνει ταυτόχρονα με την αίτηση ότι με σύμφωνη γνωμάτευση και του γιατρού, το παιδί μπορεί να συμμετάσχει με ασφάλεια στο πρόγραμμα . / Le parent certifie, en même temps que la demande, qu'avec l'avis favorable du médecin, l'enfant peut participer en toute sécurité au programme.

**Αλλεργίες / Allergies**

Γράψτε τυχόν αλλεργίες που έχει το παιδί σας, αν δεν έχει γράψτε στο πεδίο ΟΧΙ / Écrivez toutes les allergies que votre enfant a. S'il n'en a pas, écrivez NON dans le champ.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Έχει το παιδί σας κάποιο θέμα σχετικό με την υγεία του που θα πρέπει να γνωρίζουμε; / Votre enfant a-t-il un problème de santé que nous devrions connaître ?

Ναι / Oui ……………………………………………………………………………………………………………..

Όχι / Non

info@minitennis.gr