



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

SUMMER CAMP 2019

Όνοματεπώνυμο μαθητή / μαθήτριας :

Ημερομηνία γέννησης ://

Προνηπιαγωγείο Νηπιαγωγείο Δημοτικό - τάξη

Κολλέγιο Ρόδου Άλλο Σχολείο

Οδός Αριθμός: Περιοχή: ΤΚ:

Όνοματεπώνυμο γονέα / κηδεμόνα:

Τηλ. οικίας: Τηλ. Εργασίας Μητέρας..... Κινητό Μητέρας

Τηλ. Εργασίας Πατέρα Κινητό Πατέρα

Χρήση Λεωφορείου Ναι Δύο διαδρομές
Μόνο προσέλευση Όχι
Μόνο επιστροφή

Σημειώστε ποιες περίοδοι σας ενδιαφέρουν:

	18 Ιουνίου - 12 Ιουλίου	15 Ιουλίου - 26 Ιουλίου
Περίοδος Α΄	<input type="checkbox"/>	
Περίοδος Β΄		<input type="checkbox"/>

Αλλεργίες:

Κολυμβητική ικανότητα:

Χρήσιμες πληροφορίες:

Ο υπογράφ - ων / - ουσά

Δηλώνω ότι αποδέχομαι το πρόγραμμα του Summer Camp του Κολλεγίου Ρόδου και δέχομαι να καταβάλλω το κόστος του προγράμματος συνολικής αξίας Ευρώ.

Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα

Ημερομηνία