



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

SUMMER CAMP 2024

Όνοματεπώνυμο μαθητή / μαθήτριας :

Ημερομηνία γέννησης : / /

Προνηπιαγωγείο Νηπιαγωγείο Δημοτικό - τάξη

Κολλέγιο Ρόδου Άλλο σχολείο
(Αναγράψτε το όνομα του σχολείου)

Οδός Αριθμός: Περιοχή: ΤΚ:

Όνοματεπώνυμο γονέα / κηδεμόνα:

Τηλ. οικίας: Τηλ. Εργασίας Μητέρας Κινητό Μητέρας

Τηλ. Εργασίας Πατέρα Κινητό Πατέρα

Email:

Χρήση Λεωφορείου: Ναι Όχι
Δύο διαδρομές
Μόνο προσέλευση
Μόνο επιστροφή

Στην περίπτωση που η παραλαβή ή η παράδοση γίνεται σε διαφορετική διεύθυνση από της οικίας σας, παρακαλώ όπως αναγράψετε εδώ τη νέα διεύθυνση :

Σημειώστε ποιες περιόδοι σας ενδιαφέρουν:

	17 Ιουνίου - 12 Ιουλίου	15 Ιουλίου - 30 Ιουλίου
Περίοδος Α΄	<input type="checkbox"/>	
Περίοδος Β΄		<input type="checkbox"/>

Αλλεργίες:

Κολυμβητική ικανότητα:

Χρήσιμες πληροφορίες:

Ο υπογράφ - ων / - ουσια

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