

**ΔΗΜΟΣ ΛΑΓΚΑΔΑ – Υ.Κ.Π.Α.Α.Π.**  
**ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΑΖΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ 2019**

**ΚΑΡΤΑ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ - ΩΝ**  
**Ανηλίκων**

α/α	Επώνυμο	Όνομα	Όνομα Πατέρα	Έτος Γέννησης
1				
2				
3				
4				

Τόπος κατοικίας (Δημοτική Ενότητα & τόπος)

Διεύθυνση (οδός, αριθμός)

Ταχ. Κώδικας

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Τηλέφωνο (σταθερό)

Τηλέφωνο (κινητό)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ & ΠΕΡΙΟΔΟΥ**

**ΑΘΛΗΤΙΚΟ CAMP**

17/06 - 21/06	<input type="checkbox"/>
24/06 - 28/06	<input type="checkbox"/>
01/07 - 05/07	<input type="checkbox"/>
08/07 - 12/07	<input type="checkbox"/>
15/07 - 19/07	<input type="checkbox"/>

\* Απαραίτητη για την συμμετοχή στο πρόγραμμα η ιατρική βεβαίωση υγείας και η συμπλήρωση υπεύθυνης δήλωσης γονέα - κηδεμόνα.

\* Για την έκδοση απόδειξης ο γονέας πρέπει να προσκομίσει έγγραφο –α όπου να αναγράφεται ο Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας και το Α.Φ.Μ. του.



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 ν.1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	Υ.Κ.Π.Α.Α.Π. ΔΗΜΟΥ ΛΑΓΚΑΔΑ					
Ο Η Όνομα:				Επώνυμο:		
Όνομα και επώνυμο Πατέρα:						
Όνομα και επώνυμο Μητέρας:						
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :						
Τόπος Γέννησης:						
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Ημ/νια Έκδοσης:		
Τόπος Κατοικίας:				Οδός:		
Αριθ.:		T.K.:		Τηλ.:		Κιν
Fax :			e-mail :			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, ως κηδεμόνας του –της – των

1

2

3

4

(ε π ώ ν υ μ ο)

(ό ν ο μ α)

έτος γεν/σης

δηλώνω ότι επιτρέπω: (α) την συμμετοχή του –της-τους στα προγράμματα μαζικού αθλητισμού Δήμου Λαγκαδά 2019

**ΑΘΛΗΤΙΚΟ CAMP**  από 17/06/19 έως 21/06/19  από 24/06/19 έως 28/06/19  από 01/07/19 έως 05/07/19  
 από 08/07/19 έως 12/07/19  από 15/07/19 έως 19/07/19

και (β) βεβαιώνω το άριστο της υγείας του –της –τους με την κατάθεση βεβαίωσης υγείας .

Ημερομηνία: .....20.....

Ο – Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση .

(2) Αναγράφεται ολογράφως .

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών .