

ΑΤΟΜΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΣΤΟ ΜΟΝΟΗΜΕΡΟ ΚΛΑΔΟΥ ΑΝΙΧΝΕΥΤΩΝ Π.Ε. ΑΝΑΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ

21 ΙΟΥΝΙΟΥ 2025

Παρακαλούμε συμπληρώστε τη δήλωση με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα

**Α. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

**Όνομα:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Επώνυμο:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Αριθμός Μητρώου ΣΕΠ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ημερομηνία Γέννησης:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Διεύθυνση Κατοικίας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Πόλη:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΤΚ:\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τηλέφωνο Επικοινωνίας:**

**Σπίτι:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Κινητό:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Β. ΠΡΟΣΚΟΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**Σύστημα:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Αρχηγός Κοινότητας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τηλέφωνο Αρχηγού:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**email Αρχηγού:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Γ. ΕΓΚΡΙΣΗ ΓΟΝΕΑ**

Βεβαιώνω την ακρίβεια των παραπάνω ατομικών στοιχείων και εγκρίνω την συμμετοχή του παιδιού μου στο μονοήμερο Κλάδου Ανιχνευτών της Π.Ε. Ανατ. Αττικής στα Ψαχνά Ευβοίας στις **21 Ιουνίου 2025**,με Αρχηγό Δράσης την Έφορο Κλάδου Ανιχνευτών, Ελινώ Χριστοπούλου. Μαζί με τη δήλωση καταθέτω στον/στην Αρχηγό Κοινότητας το ποσό ατομικής συμμετοχής στη δράση, **25 ευρώ**.

Τέλος, ενημερώνω τη δράση ότι το παιδί μου ακολουθεί:

ειδική φαρμακευτική αγωγή………………………………………………………………………………………………………………

για την αντιμετώπιση………………………………………………………………………………………………………………….……

και εμφανίζει αλλεργία στα ………………………………………………………………………………………….………………….

………………………………………………………

(Υπογραφή και Ονοματεπώνυμο γονέα)