



ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΥ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Νέα Σμύρνη, /..... /2016

Ο/Η υπογραφ..... δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ να συμμετέχω, στο/α μάθημα/τα..... του Πολιτιστικού Οργανισμού Δήμου Νέας Σμύρνης για το έτος 2016 – 2017, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για οποιοδήποτε πρόβλημα προκύψει από εμένα κατά τη διάρκεια του προγράμματος στο χώρο των μαθημάτων.
Επίθετο :..... Όνομα :.....

Όνομα Πατέρα:..... Όνομα Μητέρας :

Ημ/νία Γέννησης :..... Τηλέφωνο:

Διεύθυνση :

Παραδοσιακοί Χοροί*	<input type="checkbox"/>	Latin*	<input type="checkbox"/>
Σύγχρονος Χορός*	<input type="checkbox"/>	Θεραπευτική Γυμναστική*	<input type="checkbox"/>
Χοροκίνηση*	<input type="checkbox"/>	Αγιογραφία	<input type="checkbox"/>
Ορθοφωνία	<input type="checkbox"/>	Αρμόνιο	<input type="checkbox"/>
Κιθάρα	<input type="checkbox"/>	Αργυροχρυσοχοΐα	<input type="checkbox"/>
Φωτογραφία	<input type="checkbox"/>	Ζωγραφική	<input type="checkbox"/>

* για τη δυνατότητα συμμετοχής στα μαθήματα Παραδοσιακοί Χοροί, Σύγχρονος Χορός, Latin, Θεραπευτική Γυμναστική και Χοροκίνηση απαιτείται η συμπλήρωση του ιατρικού ιστορικού παρακάτω καθώς και η προσκόμιση βεβαίωσης από καρδιολόγο ή παθολόγο.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Έχω καλή υγεία και ελέγχομαι περιοδικά από γιατρό : Ναι Όχι

Ανήκω σε ομάδα υψηλού κινδύνου, διότι :

Πρέπει να προσεχθεί το παρακάτω πρόβλημα :

Με την αίτηση μου δεσμεύομαι :

1. Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή και έχω εξεταστεί από γιατρό δικής μου επιλογής.
2. Δεν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας που να εμποδίζει την παρακολούθηση του μαθήματος.
3. Είμαι ενήμερος για τους κινδύνους που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της άσκησης και φέρω την αποκλειστική ευθύνη σε περίπτωση οποιουδήποτε τραυματισμού μου.

Επισυνάπτω με την αίτησή μου:

- Αντίγραφο λογαριασμού ΔΕΗ ή ΕΥΔΑΠ (αν είμαι κάτοικος Νέας Σμύρνης) ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (αν είμαι δημότης).
- Ιατρική βεβαίωση : απαιτείται βεβαίωση από καρδιολόγο ή παθολόγο για τη δυνατότητα συμμετοχής στα μαθήματα Παραδοσιακοί Χοροί, Σύγχρονος Χορός, Latin, Θεραπευτική Γυμναστική και Χοροκίνηση.

Αποδέχομαι τον κανονισμό λειτουργίας των χώρων διεξαγωγής των μαθημάτων.

Ημ. Πληρωμής

Ο/Η Αιτ.....

Αρ. Απόδειξης