



ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΟΝΟΜΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥ:

.....

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

.....

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

.....

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:

.....

Ο υπογράφων γονέας/κηδεμόνας του παραπάνω ανηλίκου δηλώνω ότι μετά από σχετική ενημέρωσή μου για τους σκοπούς και στόχους της διοργάνωσης **Acropolis Swim Open 2025** δίνω την άδειά μου να λάβει μέρος σαν εθελοντής, για τις ημέρες που έχει δηλώσει συμμετοχή ακολουθώντας όλα τα πρωτόκολλα ασφάλειας της διοργάνωσης όπως έχουν ορισθεί από τις αρμόδιες αρχές.

Επιτρέποντας στο παιδί μου να συμμετάσχει δίνω την άδεια μου στη διοργάνωση να χρησιμοποιήσει το όνομα, τη φωνή και τις λέξεις του στην τηλεόραση, ραδιόφωνο, φιλμ, εφημερίδες, περιοδικά και άλλα μέσα μαζικής επικοινωνίας οποιαδήποτε μορφής που σκοπεύουν στη διάδοση των στόχων και εκδηλώσεων των διοργανώσεων, καθώς και την άδεια μου να συμμετάσχει στις απαραίτητες εκδηλώσεις-δραστηριότητες προετοιμασίας του μαθητή, που θα πραγματοποιούνται και για τις οποίες θα ενημερώνομαι εκ των προτέρων.

Σε περίπτωση ανάγκης ιατρικής περίθαλψης που τυχόν προκύψει σε χρόνο που δε θα είμαι ο ίδιος/η ίδια παρών/ουσα ώστε να με συμβουλευτείτε, αναφορικά με τη φροντίδα του παιδιού μου, με την παρούσα μου εξουσιοδοτώ το Πρόγραμμα Εθελοντισμού των διοργανώσεων της ΚΟΕ να λάβουν οποιαδήποτε επείγουσα ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης και της εισαγωγής του σε νοσοκομείο, προκειμένου να προστατευτεί η υγεία και το «καλώς έχειν» του παιδιού μου.

Ημερομηνία

Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα