



ΣΩΜΑ
ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΦΟΡΙΑ ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΟΝΟΜΑ: _____ ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΕΝΩΜΟΤΑΡΧΗΣ ΥΠΕΝΩΜΟΤΑΡΧΗΣ

ΠΡΟΤΥΠΗ ΕΝΩΜΟΤΙΑ: _____

ΣΥΣΤΗΜΑ: _____

ΒΕΛΟΣ: _____

ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΥΠΗ ΕΝΩΜΟΤΙΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΟΥ: _____ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι _____ γονέας του/της
προσκόπου _____ δηλώνω υπεύθυνα ότι του/της
επιτρέπω να λάβει μέρος στην Πρότυπη Ομάδα της Περιφερειακής Εφορείας Δυτικής Αττικής, με αρχηγό
τον βαθμοφόρο του ΣΕΠ Αθανασιάδη Πλάτωνα, Έφορο Κλάδου Προσκόπων της Π.Ε. ΔΥΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ, που θα
πραγματοποιηθεί στον **Άγιο Σαράντη των Μεγάρων, στις 17 και 18 Νοεμβρίου 2018** με κόστος
συμμετοχής **15 ευρώ**. Το ποσό καλύπτει: διαμονή, μετακίνηση, αναμνηστικό και διατροφή.

1. Αν υπάρχει κάποιο φάρμακο που χορηγείται αυτή τη χρονική περίοδο, παρακαλώ να υπάρχει η συνταγή του
γιατρού, η ονομασία του φάρμακου και ο λόγος χορήγησης του.

2. Έχει ανάγκη ιδιαίτερης μεταχείρισης, δίαιτα ή άλλη προσοχή; (αλλεργία σε φαγητά κτλ) (ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ)

3. Υπάρχει κάτι το οποίο θεωρείται άξιο προσοχής για την υγεία του/της ή τη συμπεριφορά του/της και δεν
αναφέρθηκε παραπάνω;

Τηλέφωνο & Όνομα Επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης: _____

Ημερομηνία ___/___/_____

Ο Γονέας (υπογραφή)

