

Αίτηση

Εγγραφής ☐

Μεταγραφής ☐

Ανανέωσης ☐



Κύριε Πρόεδρε, Σας υποβάλλουμε συμπληρωμένη αίτηση εγγραφής που αφορά τον/την κολυμβητή/τρια μας

που επιθυμεί την εγγραφή του/της στο σωματείο μας. Συνημένα υποβάλουμε τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.

Επώνυμο		
Όνομα		
Όνομα Πατέρα	Όνομα Μητέρας	
Ημερομηνία Γέννησης	Τόπος Γέννησης	
Εθνικότητα	Υπηκοότητα	
Επάγγελμα	Αριθμός Αστυνομικής Ταυτότητας	
Δ/νση Κατοικίας	Πόλη	
e-mail	Τηλέφωνο	A.M.K.A

Σωματείο που θέλω να γραφτώ		Υπογραφή Κολυμβητή-τριας (ή Κηδεμόνων αν είναι ανήλικος-η)
Είμαι γραμμένος-νη μέχρι σήμερα		
Ημερομηνία	Άθλημα	Είδος Μεταγραφής

Στοιχεία Γονέων		Βεβαίωση Ιατρού
Πατέρα	Μητέρα	Ο υπογράφων γιατρός
Επίθετο	Επίθετο	
Όνομα	Όνομα	
Δ/νση	Δ/νση	Βεβαιώνω ότι ο/η παραπάνω αθλητής/τρια βρέθηκε ικανός/η να μετέχει στις προπονήσεις και στους αγώνες χωρίς κίνδυνο της υγείας του/της, έχοντας υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις ΦΕΚ 3254Β 8/8/2018
Αρ. Αστ. Τ/τας	Αρ. Αστ. Τ/τας	Ημερομηνία
Αστ. Τμήμα	Αστ. Τμήμα	

Βεβαιώνεται υπεύθυνα η ταυτότητα και το γνήσιο της υπογραφής του/της πιο πάνω κολυμβητή/τριας, των γονέων ή του κηδεμόνα και του Ιατρού.

Ο Γεν. Γραμματέας

(Υπογραφή & σφραγίδα του Σωματείου που γράφεται)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οδηγίες για την συμπλήρωση της αίτησης εγγραφής υπάρχουν στην πίσω σελίδα.

Αριθ. Μητρώου Κ.Ο.Ε

Ημερ/νια Εγγραφής

Δικαιούται να αγωνίζεται από

Ο Γενικός Γραμματέας της Κ.Ο.Ε

Συγκατάθεση

Με την υπογραφή της παρούσας δήλωσης, ο κάτωθι υπογεγραμμένος

του

και της

οι ασκούντες την γονική μέριμνα του αθλητή

του

και της

Δηλώνω/δηλώνουμε ότι, με πλήρη επίγνωση, βασιζόμενος/-οι στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφαση μου/μας, συμφωνώ/-ουμε, συναινώ/-ουμε και παρέχω/-ουμε τη ρητή συγκατάθεση μου/μας στο Σωματείο και στην Κολυμβητική Ομοσπονδία Ελλάδας για την επεξεργασία όλων των προσωπικών δεδομένων - όπως αυτά έχουν δηλωθεί στην αίτηση μου/του τέκνου μας και στα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά- για τους παραπάνω αθλητικούς λόγους και για το παραπάνω χρονικό διάστημα. Επιπροσθέτως δηλώνω/-ουμε ότι έχω/ουμε ενημερωθεί ότι τα Προσωπικά Δεδομένα όπως αυτά αναγράφονται στην Αίτηση Νέας Εγγραφής/Μετεγγραφής κα είναι ορατά σε όλους τους εξουσιοδοτημένους χρήστες του ιστοχώρου της Βάσης Δεδομένων Μητρώου Αθλητών (<http://koe.org.gr>), καθώς επίσης ότι τα δεδομένα αυτά δύναται να κοινοποιηθούν στην FINA ή στη LEN, COMEN, CMAS σε περίπτωση μετεγγραφής του ακλητή/-τριας στο εξωτερικό ή στη Γ.Γ.Α. και δηλώνω/-ουμε εν πλήρη επίγνωση και βασιζόμενος/-η/-οι στηνν ελευθερη και ανεμπόδιστη απόφαση μου/μας ότι συμφωνώ/-ούμε, συναινώ/-ούμε και παρέχω/-ουμε την ρητή συγκατάθεση μου/μας.

Γνωρίζω/-ουμε δε το δικαίωμα πρόσβασής μου/-μας στα πιο πάνω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσης στην επεξεργασία τους κακώς και ανάκλησης της συγκατάθεσης μου/μας οποτεδήποτε.

Ημερομηνία

Αποδέχομαι

Υπογραφή

(Θεώρηση του γνησίου της υπογραφής από ΚΕΠ Δημόσια Αρχή ή Υπηρεσία)

Οδηγίες για την συμπλήρωση της Αίτησης

- Η αίτηση συμπληρώνεται με ΚΕΦΑΛΑΙΑ και καθαρά γράμματα.
- Η αίτηση υπογράφεται από τον/την κολυμβητή/τρια, τους γονείς ή κηδεμόνες (αν είναι ανήλικος/κη - κάτω των 18 ετών).
- Συμπληρώνονται τα στοιχεία των γονέων.
- Υπογράφεται από τον Ιατρό (καρδιολόγο υποχρεωτικά) ή Ιατρό από Δημόσιο φορέα ή Ιατρό που παρακολούθησε μετεκπαιδευτικά σεμινάρια του Ε.Κ.Α.Ε. και εξέτασε τον/την κολυμβητή/τρια.
- Υπογράφεται από τον Γενικό Γραμματέα, ο οποίος και είναι υπεύθυνος για την ταυτότητα και το γνήσιο της υπογραφής του/της κολυμβητή/τριας, των γονέων - κηδεμόνων και του Ιατρού.
- Υποβάλλονται συνημμένα για την εγγραφή πιστοποιητικό γεννήσεως του Δήμου ή και θεωρημένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας και Ψηφιακή φωτογραφία (κατά προτίμηση έγχρωμη).
- Αποφεύγετε διορθώσεις και ξυσίματα στην αίτηση.
- Η σφραγίδα Ιατρού δεν πρέπει να είναι παλαιότερη του Ενός Μήνα από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.
- Συμπληρωμένο το Δελτίο Υγείας (φωτογραφία σφραγίδα).

Σφραγίδα Ιατρού
επάνω στη
Φωτογραφία

Κολύμβηση ☐

Υδατοσφαίριση ☐

Καλλιτεχνική Κολύμβηση ☐

Καταδύσεις ☐

Τεχνική Κολύμβηση ☐

Κολ/ση Μεγάλων Αποστάσεων ☐

MASTERS ☐

Αριθμός Μητρώου ΚΟΕ

Σωματείο

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Ημ/νία Γέννησης

A.M.K.A

Ο/Η Κάτωθι Ιατρός, πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) έχοντας υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις. **ΦΕΚ 3254B 8/8/2018**

Ημ/νία

Ο Γεν. Γραμματέας της ΚΟΕ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ