

Παρακαλώ να τυπωθεί, να υπογραφεί και να σταλεί (scan)  
στο: [mathimata-athen@goethe.de](mailto:mathimata-athen@goethe.de) ή στο fax: 210 3643518



|                                                                                                    |                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Επώνυμο                                                                                            |                                                                                                                      |
| Όνομα                                                                                              |                                                                                                                      |
| Όνομα πατρός                                                                                       |                                                                                                                      |
| Όνομα μητρός                                                                                       |                                                                                                                      |
| Ημερομηνία γέννησης                                                                                |                                                                                                                      |
| Τηλέφωνο                                                                                           |                                                                                                                      |
| Διεύθυνση                                                                                          |                                                                                                                      |
| Πόλη-Τ.Κ.                                                                                          |                                                                                                                      |
| Ηλεκτρονική διεύθυνση                                                                              |                                                                                                                      |
| Όνομα του σχολείου                                                                                 |                                                                                                                      |
| Μεταφορά                                                                                           | Ναι <input type="checkbox"/><br>Όχι <input type="checkbox"/> (θα μεταφέρω το παιδί μου με δικό μου μεταφορικό μέσο)  |
| Το παιδί έχει ξαναπάει κατασκήνωση<br>Ναι <input type="checkbox"/><br>Όχι <input type="checkbox"/> | Αν ναι, ποια χρονιά ;                                                                                                |
| Επιλογή περιόδου                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 εβδομάδα : 21.6 - 28.6.2018                                                               |
| ΤΑΜΕΙΟ                                                                                             | Ανήκετε σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο ; Ναι <input type="checkbox"/><br>Αν ναι σε ποιο : Όχι <input type="checkbox"/> |
| Επίπεδο Γερμανικής γλώσσας                                                                         | <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω Γερμανικά <input type="checkbox"/> Ξέρω Γερμανικά<br>Παρατηρήσεις :                |

Ημερομηνία:

Υπογραφή γονέα:

**ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΕΓΓΡΑΦΩΝ : Έως 12 Ιουνίου 2018**  
**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ: 390 €+40 € (Έξοδα μετακίνησης)**  
**ΕΚΠΤΩΣΗ : Έως 1 Ιουνίου 2018: 350€+40€**

ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

- Με μετρητά στην γραμματεία του Ινστιτούτου
- Με χρεωστική ή πιστωτική κάρτα
- Με κατάθεση σε αριθμό λογαριασμού Eurobank

\*\*Για να δεσμεύσετε μία θέση θα πρέπει να μας στείλετε την αίτηση και παίρνοντας τον αριθμό πελάτη από εμάς να προχωρήσετε στην εξόφληση του ποσού της συμμετοχής 350€ ή 390€ (χωρίς μεταφορά) 350+40€ ή 390+40€(με μεταφορά) Στην κατάθεση θα πρέπει να αναγράφεται ο αριθμός μαθητή που θα σας στείλουμε και το ονοματεπώνυμό του.





|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Επώνυμο                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Όνομα                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Όνομα πατρός                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Όνομα μητρός                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ημερομηνία γέννησης                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Τηλέφωνο                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Εμβολιασμός                                                                                                           | πλήρης <input type="checkbox"/><br>υπολείπονται <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                               |
| Αντιτετανικός ορός                                                                                                    | Ναι <input type="checkbox"/><br>Όχι <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                           |
| Υποφέρει από κάποιο νόσημα                                                                                            | άσθμα <input type="checkbox"/><br>σακχαρώδη διαβήτη <input type="checkbox"/><br>μεσογειακή αναιμία <input type="checkbox"/><br>καρδιακά νοσήματα <input type="checkbox"/><br>έλλειψη ενζύμου G-G-PP <input type="checkbox"/><br>άλλο : |
| Αλλεργίες σε :                                                                                                        | τροφή <input type="checkbox"/><br>φάρμακα <input type="checkbox"/><br>ζώα <input type="checkbox"/><br>περιβάλλον <input type="checkbox"/><br>κάτι άλλο :                                                                               |
| Φάρμακα που τυχόν παίρνει                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Προβλήματα ψυχολογικής αιτιολογίας (ενούρηση, ονυχοφαγία, κλπ.)                                                       |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Άλλες παρατηρήσεις σχετικά με την υγεία του παιδιού, που πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός της κατασκήνωσης και τα στελέχη |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ημερομηνία :                                                                                                          | Υπογραφή γονέα :                                                                                                                                                                                                                       |