

# 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. Συνημμένα 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<br>(ή Κηδεμόνων αν είναι ανήλικος-η) |                  |
| Είμαι γραμμένος-νη μέχρι σήμερα |   |                  |
| Ημερομηνία                      | Άθλημα  | Είδος Μεταγραφής |

| Στοιχεία Γονέων          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <b>Πατέρα</b><br>Επίθετο | <b>Μητέρα</b><br>Επίθετο |
| Όνομα                    | Όνομα                    |
| Δ/νση                    | Δ/νση                    |
| Αρ. Αστ. Τ/τας           | Αρ. Αστ. Τ/τας           |
| Αστ. Τμήμα               | Αστ. Τμήμα               |

| Βεβαίωση Ιατρού   |
|---|
| Ο υπογράφων γιατρός   |
| 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<br><b>ΦΕΚ 3254B 8/8/2018</b> |
| Ημερομηνία  |

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)

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 στην ελεύθερη 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).