

ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ – ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΕΞΟΧΕΣ DELPHICAMP

Σημαντικό: Το παρόν δελτίο κατασκηνωτή εκδηλώνει απλά το ενδιαφέρον σας, η οριστική εγγραφή σας στην Παιδική Εξοχή πραγματοποιείται μόνο με την εγγραφή σας στο Ταμείο σας, στον ΟΑΕΔ ή με τηλεφωνική επικοινωνία με το γραφείο μας και κατάθεση προκαταβολής, εάν έρχεστε ιδιωτικά. Μόλις το λάβουμε θα σας καλέσουμε για να σας εξηγήσουμε αναλυτικά πως μπορείτε να οριστικοποιήσετε την εγγραφή σας.



Παρακαλούμε να μας αποστείλετε το παρόν δελτίο και ένα ιατρικό δελτίο για κάθε παιδί υπογεγραμμένα με email στο info@delphicamp.gr ή με viber στο 6907646062.

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |
|--------------------|--------------------|
| Επώνυμο πατέρα: | Επώνυμο μητέρας: |
| Όνομα πατέρα: | Όνομα μητέρας: |
| Τηλέφωνο εργασίας: | Τηλέφωνο εργασίας: |
| Κινητό τηλέφωνο: | Κινητό τηλέφωνο: |
| Email: | Email: |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Ασφαλισμένος γονέας: ΠΑΤΕΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΜΗΤΕΡΑ <input type="checkbox"/> | Ταμείο: |
| Διεύθυνση οικίας ασφαλισμένου γονέα: | |
| Άλλα τηλέφωνα ανάγκης: | |

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ 1 | Περίοδος: | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Επώνυμο: | Όνομα: | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | Τάξη: | Σχολείο: |
| Ταμείο που καλύπτει τη διαμονή στην Παιδική Εξοχή: | | |
| Είναι η 1η φορά στην Π.Ε. DELPHICAMP; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | | |
| Με ποιους φίλους επιθυμεί να είναι μαζί στο σπιτάκι (έως 2 άτομα): | | |

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ 2 | Περίοδος: | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| Επώνυμο: | Όνομα: | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | Τάξη: | Σχολείο: |
| Ταμείο που καλύπτει τη διαμονή στην Παιδική Εξοχή: | | |
| Είναι η 1η φορά στην Π.Ε. DELPHICAMP; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | | |
| Με ποιους φίλους επιθυμεί να είναι μαζί στο σπιτάκι (έως 2 άτομα): | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|----------|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ 3 | | Περίοδος: | |
| Επώνυμο: | | Όνομα: | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | | Τάξη: | Σχολείο: |
| Ταμείο που καλύπτει τη διαμονή στην Παιδική Εξοχή: | | | |
| Είναι η 1η φορά στην Π.Ε. DELPHICAMP; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | | | |
| Με ποιους φίλους επιθυμεί να είναι μαζί στο σπιτάκι (έως 2 άτομα): | | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|----------|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ 4 | | Περίοδος: | |
| Επώνυμο: | | Όνομα: | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | | Τάξη: | Σχολείο: |
| Ταμείο που καλύπτει τη διαμονή στην Παιδική Εξοχή: | | | |
| Είναι η 1η φορά στην Π.Ε. DELPHICAMP; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | | | |
| Με ποιους φίλους επιθυμεί να είναι μαζί στο σπιτάκι (έως 2 άτομα): | | | |

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο υπογράφων κηδεμόνας του/των πιο πάνω κατασκηνωτή/τριας/των δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Επιτρέπω να συμμετέχει το/τα παιδί/α μου στα προγράμματα υπαίθριων, αθλητικών & κολυμβητικών δραστηριοτήτων που διοργανώνονται στην Παιδική Εξοχή.
- Η γενική κατάσταση της υγείας του/της/τους, του/της/τους επιτρέπει την κολύμβηση στις πισίνες της κατασκήνωσης και στη θάλασσα, καθώς και τη συμμετοχή σε υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες.
- Έχω λάβει γνώση και αποδέχομαι τους ορούς λειτουργίας και τον κανονισμό της Παιδικής Εξοχής DELPHICAMP.
- Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.
- Ότι έχω λάβει γνώση για την απαγόρευση κινητών και άλλων ηλεκτρονικών συσκευών στο χώρο της κατασκήνωσης και για το ότι η κατασκήνωση δεν έχει ευθύνη για την κυριότητα αυτών των συσκευών και για την απώλεια των προσωπικών τους αντικειμένων.
- Η κατασκήνωση μπορεί να παρουσιάσει στελέχη ή κατασκηνωτές στην ιστοσελίδα ή το φυλλάδιο της σε φωτογραφικό υλικό ή video σχετικά με την κατασκηνωτική ζωή εκτός εάν τα στελέχη, τα παιδιά ή οι γονείς έχουν γραπτώς αρνηθεί.
- Επιθυμώ να μου στέλνετε ενημερωτικά έντυπα, email ή sms
- Το επισκεπτήριο είναι αυστηρά τις ημέρες που αναγράφονται στο πρόγραμμα.
- Έχω λάβει γνώση των όρων του Ταμείου, ότι το/τα παιδί/α απαγορεύεται να μείνει/ουν εκτός κατασκήνωσης καθ' όλη την διάρκεια της κατασκηνωτικής περιόδου.
- Η συλλογή των παραπάνω στοιχείων αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ομαλή οργάνωση και λειτουργία της κατασκήνωσης. Πρόσβαση σε αυτά έχουν μόνο η διοίκηση, το και το λογιστήριο της επιχείρησης. Δεν κοινοποιούνται πουθενά, είναι απολύτως εμπιστευτικά και θα διατηρηθούν στις απόλυτα προστατευμένες και ελεγχόμενες εγκαταστάσεις της επιχείρησης. Ως διάρκεια αποθήκευσης ορίζονται τα 2 έτη από την ημερομηνία συμπλήρωσης της αίτησης και εφόσον έχει εξοφληθεί η διαμονή του παιδιού από τον ασφαλιστικό του φορέα. Έχετε τη δυνατότητα ανά πάσα στιγμή να επικαιροποιήσετε τα δεδομένα και εφόσον έχει ολοκληρωθεί και εξοφληθεί η διαμονή του παιδιού σας στην κατασκήνωση να ζητήσετε την διαγραφή τους με αίτηση σας στο γραφείο της επιχείρησης. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε αντίγραφο των παραπάνω δεδομένων με αίτηση σας στο γραφείο της επιχείρησης. Έχετε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας ενώπιον της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (dpra.gr) Εάν θέλετε να δείτε την πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων της επιχείρησης μας, επισκεφτείτε το site μας www.delphicamp.gr.

| |
|-------------------------------|
| Ημερομηνία: |
| Όνοματεπώνυμο κηδεμόνα/γονέα: |

Υπογραφή:

Ευχαριστούμε!