

**ΦΟΡΜΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΗΣ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**

ΟΝΟΜΑΤ. ΠΑΙΔΙΟΥ: \_\_\_\_\_  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: \_\_\_\_\_ ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑ: \_\_\_\_\_  
ΠΕΡΙΟΧΗ: \_\_\_\_\_ ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: \_\_\_\_\_ ΜΗΤΕΡΑΣ: \_\_\_\_\_  
ΠΑΤΕΡΑ: \_\_\_\_\_ ΕΚΤ. ΑΝΑΓΚΗΣ: \_\_\_\_\_

**Από Δευτέρα 1 Ιουλίου έως Παρασκευή 26 Ιουλίου**

**Καθημερινά από 7:00πμ έως 3:00μμ.**

**Στις τιμές συμπεριλαμβάνεται το ΦΠΑ.**

Στη περίπτωση επιλογής εβδομάδας θα πρέπει να ξεκινά από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή πχ 1/7 έως 5/7

Για μία εβδομάδα €110	ημερομηνίες από .....μέχρι .....
Για δύο εβδομάδες €190	ημερομηνίες από .....μέχρι .....
Για τρεις εβδομάδες €250	ημερομηνίες από .....μέχρι .....
Για τέσσερις εβδομάδες €300	ημερομηνίες από .....μέχρι .....

**\*\*Κάθε επιπρόσθετη εβδομάδα χρεώνεται με €110 \*\***

Προαιρετικά φαγητό για κάθε εβδομάδα €20 για κάθε παιδί.

Για αδελφάκια γίνεται έκπτωση στα διδάκτρα του 2<sup>ου</sup> παιδιού 10%, του 3<sup>ου</sup> 15%

**ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΤΑ ΛΕΦΤΑ ΔΕΝ ΕΠΙΣΤΡΕΦΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΚΑΝΕΝΑ ΛΟΓΟ ΕΚΤΟΣ ΑΝ Η ΑΚΥΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ 15 ΜΕΡΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ**

**ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΕ ΚΥΚΛΟ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ**

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| • ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ;   | ΝΑΙ ΟΧΙ | • ΤΙ ΩΡΑ ΘΑ ΕΡΧΕΤΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΩΡΑ ΘΑ ΦΕΥΓΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ; |
| • ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΥΪΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ;   | ΝΑΙ ΟΧΙ | ΑΦΙΞΗ: _____   |
| • ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ;   | ΝΑΙ ΟΧΙ | ΑΝΑΧΩΡΗΣΗ: _____                                       |
| • ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΗ;   | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |
| • ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑ;  | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |
| • ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΣΚΟΛΙΩΣΗ;  | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |
| • ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΥΦΩΣΗ;  | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |
| • ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΛΟΡΔΩΣΗ;   | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |
| • ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΜΥΩΠΙΑ;  | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |
| • ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΤΑ ΑΥΤΙΑ;   | ΝΑΙ ΟΧΙ |  |
| • ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΟ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ |         |  |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Υπογραφή γονέα

**ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΑΝ: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

INVOICE NUMBER: \_\_\_\_\_

ΔΟΚΙΜΗ ΑΠΟ : \_\_\_\_\_

ΕΠΙΠΕΔΟ : \_\_\_\_\_

ΕΒΔΟΜΑΔΑ: 1  2  3  4

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕ:

\_\_\_\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ \_\_\_\_\_

## ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ ο/η πιο κάτω υπογεγραμμένος/η δηλώνω τα ακόλουθα:

- Τα στοιχεία της παρούσας αίτησης είναι αληθή και τα δίδω με δική μου θέληση και πρωτοβουλία, υπό τους πιο κάτω όρους, τους οποίους αποδέχομαι και προσυπογράφω και οι οποίοι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της αίτησης.
- Λοιπά στοιχεία μπορούν να εξασφαλιστούν από τους γιατρούς, τα στοιχεία των οποίων έχω περιλάβει στην αίτησή μου ή/και θα δώσω μελλοντικά.
- Αν, σε περίπτωση τραυματισμού ή σοβαρού προβλήματος υγείας, υπάρξει αδυναμία επικοινωνίας, συγκατατίθεμαι όπως ο τραυματίας ή ασθενής μεταφέρεται στο Γ. Ν. Λευκωσίας ή σε ανάλογο κρατικό νοσηλευτήριο.
- Αναλαμβάνω να ενημερώσω τον προσωπικό γιατρό του/της υποφαινόμενου/ης ή του προσώπου για το οποίο υποβάλλω την παρούσα αίτηση, πριν την έναρξη των δραστηριοτήτων.
- Αποδέχομαι την τήρηση των κανονισμών λειτουργίας και τη συμμόρφωση προς τις οδηγίες του προσωπικού της εταιρείας Komanetsi Centre Ltd. Σε περίπτωση παραβίασης ή μη συμμόρφωσης προς τα ανωτέρω, η Διεύθυνση της εταιρείας θα έχει το δικαίωμα άμεσης διακοπής των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ημερομηνία

Υπογραφή

## ΟΡΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ - ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Έχοντας πλήρη επίγνωση των δικαιωμάτων μου, όπως αυτά προβλέπονται ή απορρέουν από τη Νομοθεσία περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου), δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα, ότι δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη χρησιμοποίηση και επεξεργασία, από την εταιρεία "Komanetsi Centre Ltd" (στο εξής Komanetsi), των προσωπικών δεδομένων που με δική μου θέληση και πρωτοβουλία καταχώρησα στην παρούσα αίτηση ή/και θα δώσω στο μέλλον.

Τα ως άνω δεδομένα περιλαμβάνουν στοιχεία και πληροφορίες που:

- Καταχώρησα στην αίτηση ή/και έδωσα άλλως πως ή/και θα δώσω προσωπικά στο μέλλον.
- Αφορούν τον/την υποφαινόμενο/η ή/και το πρόσωπο για το οποίο γίνεται η αίτηση ή/και θα χρησιμοποιεί οποιεσδήποτε υπηρεσίες της Komanetsi.
- Η Komanetsi θα εξασφαλίσει από ιατρικό ή/και παραϊατρικό προσωπικό.
- Θα προκύψουν ή/και εξαχθούν κατά τη διάρκεια ή/και στα πλαίσια εξετάσεων ιατρικής ή άλλης φύσης, από ιατρικό προσωπικό ή/και από προσωπικό του Komanetsi.
- Θα προκύψουν ή/και εξαχθούν από διάφορες δραστηριότητες του/της υποφαινόμενου/ης ή/και του προσώπου για το οποίο γίνεται η αίτηση ή/και από το σύστημα βιντεοκαμερών που λειτουργεί σε όλους τους χώρους (πλην αποδυτηρίων, ντους και τουαλετών), για λόγους ασφάλειας.

Η επεξεργασία θα γίνεται ηλεκτρονικά ή άλλως πως, τα δε προσωπικά δεδομένα θα τυγχάνουν εμπιστευτικού χειρισμού από κατάλληλο για το σκοπό αυτό προσωπικό της Komanetsi ή και θυγατρικών ή και συνδεδεμένων εταιρειών, με σκοπό:

- Την υλοποίηση, προώθηση και υποστήριξη των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης του/της υποφαινόμενου/ης ή/και του προσώπου για το οποίο γίνεται η αίτηση.
- Την έκδοση, τροποποίηση και υλοποίηση ασκήσεων ή/και προγραμμάτων.
- Την υγειονομική υποστήριξη, σε περίπτωση τραυματισμού ή άλλου προβλήματος υγείας.
- Τον έλεγχο ταυτότητας, την είσπραξη οφειλών και την επιστημονική έρευνα.
- Την αξιοποίηση για λόγους στατιστικούς και ιστορικούς.
- Την πώληση αγαθών και την παροχή υπηρεσιών από την Komanetsi, μέσω ταχυδρομείου ή/και τηλεφώνου ή/και διαδικτύου ή άλλως πως.

Ημερομηνία

Υπογραφή

**ΤΟ KOMANETSI AQUATIC & FITNESS CENTER ΕΧΕΙ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ  
ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ (007)**