



Α Ι Τ Η Σ Η : Π Ρ Ο Σ Τ Η Ν

ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 96 ΤΚ 11527 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ & ΦΑΞ : 210-7782 311
Web site: www.aeae.gr
e-mail: helathpo@otenet.gr

.....,/...../2015
Τόπος, Ημερομηνία

Α.Μ.Α.Ε. * : _____

* (Συμπληρώνεται από την Αθλητική Ένωση)

Α.Γ.Μ.Σ.: _____

ΒΑΘΜΟΣ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: _____

ΥΠΗΡΕΣΙΑ: _____

ΤΗΛ ΚΙΝ.: _____

E-MAIL: _____

**ΘΕΜΑ: « ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ
ΑΝΤΙΣΦΑΙΡΙΣΗΣ »**

Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να συμμετέχω στα αναφερόμενα στο θέμα μαθήματα αντισφαίρισης.

Με την παρούσα αίτηση προσκομίζω ιατρική γνωμάτευση που βεβαιώνει ότι μπορώ να αθληθώ χωρίς κίνδυνο της υγείας μου.

Παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την παρούσα αίτηση συμμετοχής.

- Ο / Η -

Α Ι Τ - Ω Ν / Ο Υ Σ Α