



## ΑΙΤΗΣΗ

### ΠΡΟΣ

**ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 96, ΑΘΗΝΑ**

**ΤΗΛ. & ΦΑΞ : 210-7782311**

Web site: [www.aeae.gr](http://www.aeae.gr)

e-mail: [helathpo@otenet.gr](mailto:helathpo@otenet.gr)

Α.Μ.Α.Ε. \* : \_\_\_\_\_

ΘΕΜΑ: « Διεξαγωγή 1<sup>ης</sup> αναρρίχησης στις  
15/12/2018.»

\* (Συμπληρώνεται από την Οργανωτική Επιτροπή)

Α.Γ.Μ.Σ.: \_\_\_\_\_

ΒΑΘΜΟΣ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/2018

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

Σας γνωρίζω ότι, επιθυμώ να συμμετέχω στην αναφερόμενη στο θέμα δράση. Δεσμεύομαι για την καταβολή του χρηματικού ποσού των πέντε (5) ευρώ. Παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την παρούσα αίτηση συμμετοχής.

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: \_\_\_\_\_

-Ο / Η -

ΥΠΗΡΕΣΙΑ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛ ΚΙΝ.: \_\_\_\_\_

ΑΙΤ - Ω Ν / ΟΥΣΑ

E-MAIL: \_\_\_\_\_

#### Συμμετοχή στη δράση :

|         | Όνοματεπώνυμο | Ηλικία |
|---------|---------------|--------|
| Ο αιτών |               |        |
| Σύζυγος |               |        |
| Τέκνο 1 |               |        |
| Τέκνο 2 |               |        |
|         |               |        |
|         |               |        |

• \*Με την παρούσα αίτηση αποδέχομαι ότι οι διοργανωτές δεν φέρουν καμία ευθύνη για ενδεχόμενα προβλήματα υγείας ή τραυματισμού που μπορεί να υποστώ ως συμμετέχων κατά τη διάρκεια του αγώνα/διοργάνωσης ή αμέσως μετά το τέλος του και δηλώνω ότι παραιτούμαι (ακόμη και για λογαριασμό των δικαιούχων μου) από κάθε σχετική αποζημίωση ή απαίτηση από τους διοργανωτές, συνδιοργανωτές, θεσμικών φορέων καθώς και των χορηγών για οποιαδήποτε βλάβη η ζημιά από οποιαδήποτε αιτία και δεν τους καταλογίζω καμία ευθύνη.

• \*\*Επιτρέπω να χρησιμοποιηθεί το όνομά μου και όλων όσων εμφανίζονται στην παρούσα, η φωνή και η φωτογραφία μου ελεύθερα από τους οργανωτές προς τα μέσα ενημέρωσης και οποιαδήποτε κριθεί σκόπιμο απ' αυτούς και για λόγους που θα αφορούν τη διάδοση, προβολή των στόχων και εκδηλώσεων του αγώνα καθώς και των υποστηρικτών, θεσμικών φορέων και χορηγών αυτού.