

ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

Α.Δ.Τ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΣΧΟΛΕΙΟ ΜΑΘΗΤΗ:

ΤΑΞΗ ΜΑΘΗΤΗ:

ΤΜΗΜΑ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΜΑΘΗΤΗ:

Με ατομική μου ευθύνη, ως νόμιμος κηδεμόνας του / της

.....
(ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ, δηλαδή ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ)

δηλώνω ότι συναινώ να ενταχθεί και να ασφαλιστεί στο Δωρεάν
Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης του
Δήμου Βάρης Βούλας Βουλιαγμένης σε συνεργασία με την
«Εθνική Ασφαλιστική»

ΒΑΡΗ – ΒΟΥΛΑ – ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗ,

...../2021

Ο/Η Δηλών/δηλούσα