



ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΔΟΚΙΜΩΝ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____

τόπος γέννησης _____ ημερομηνία γέννησης _____

τόπος κατοικίας _____

αριθμός τηλεφώνου _____

γονέας του παιδιού _____

που γεννήθηκε στ _____ την _____

ΣΥΜΦΩΝΩ

να λάβει μέρος το παιδί μου σε 1 δοκιμαστικό μάθημα στο πρόγραμμα CGS Baby Swimming προσκομίζοντας τα απαραίτητα ιατρικά έγγραφα σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας.

Τόπος & ημερομηνία _____ Υπογραφή _____

Παρατηρήσεις:
