

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο Ιατρός _____ βεβαιώνει
ότι ο / η _____

- 1) Δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα.
- 2) Μπορεί να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες.
- 3) Εμφανίζει αλλεργική αντίδραση σε: _____

4) Είναι καλυμμένος/η με αντιτετανικό εμβόλιο: ΝΑΙ ΟΧΙ

5) Ειδικές παρατηρήσεις: (Νυχτερινή ενούρηση, παλιό νόσημα...)

____/____/2017

Ο Ιατρός
(Υπογραφή)

Για κάθε παιδί απαιτείται ξεχωριστή δήλωση από τον γονέα και βεβαίωση από τον γιατρό.



ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

στο Χριστιανικό Κέντρο «ΕΛΠΙΔΑ»,
Φίλυρο Θεσσαλονίκης, 21-25 Αυγούστου 2017



Δανιήλ 1:20

ΣΥΝΟΔΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΙΚΩΝ ΕΚΚΛΗΣΙΩΝ
ΠΕΝΤΗΚΟΣΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ



ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ : Όλα τα παιδιά, αγόρια και κορίτσια, από 7 έως 14 ετών. (Λόγω περιορισμένων θέσεων θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας με βάση την ημερομηνία αποστολής της δήλωσης συμμετοχής)



ΤΟΠΟΣ: Στο Χριστιανικό Κέντρο «Ελπίδα» στο Φίλυρο Θεσσαλονίκης.



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: Έναρξη τη Δευτέρα 21 Αυγούστου 2017, ώρα 11.00. Λήξη την Παρασκευή 25 Αυγούστου, ώρα 11.00.



ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ: Κάθε παιδί επιβαρύνεται με 80 Ευρώ. Το δεύτερο παιδί της ίδιας οικογένειας επιβαρύνεται με 70 και το τρίτο με 60 Ευρώ.



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: Θα είναι ποικίλο. Μαθήματα ειδικά για παιδιά, υμνωδία, χειροτεχνίες - κατασκευές, παιχνίδια... και πολλές εκπλήξεις.



ΕΦΟΔΙΑ: Αγία Γραφή, μολύβι, τετράδιο, μπλοκ ζωγραφικής, μουσικό όργανο (αν έχετε), 2 σεντόνια, 1 - 2 μαξιλαροθήκες, πιτζάμες, καπέλο για τον ήλιο, εσώρουχα, ζακέτα, πετσέτες μπάνιου, πετσέτες για το πρόσωπο και για τα πόδια, αθλητικά παπούτσια, σαγιονάρες, σακούλα για τα άπλυτα ρούχα, οδοντόβουρτσα, οδοντόκρεμα, σαπούνι, σαμπουάν, χτένα, αντηλιακό.



ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ: Αντικείμενα που δε δίνουν χριστιανική μαρτυρία και ραδιόφωνα, ηλεκτρονικά παιχνίδια, φάρμακα, κινητά κ.τ.λ.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Σας παρακαλώ να δεχτείτε το παιδί μου _____

_____ ετών _____

στο παιδικό συνέδριο, που οργανώνει η Σύνοδος των Αποστολικών Εκκλησιών Πεντηκοστής Ελλάδας, από 21 έως 25 Αυγούστου 2017, στο Χριστιανικό Κέντρο «Ελπίδα» στο Φίλυρο Θεσσαλονίκης. Αναλαμβάνω την ευθύνη της μεταφοράς του από και προς τον χώρο διεξαγωγής του συνεδρίου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΠΙΘΕΤΟ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

ΠΟΛΗ: _____

ΕΚΚΛΗΣΙΑ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΚΙΝΗΤΟ: _____

_____/_____/2017

(Υπογραφή)

* Τη δήλωση συμμετοχής με την ιατρική βεβαίωση παρακαλούμε να στείλετε το συντομότερο δυνατό στην παρακάτω διεύθυνση:
Ιορδανίδης Γιώργος, Περιγιάλι 90, 652 01 Καβάλα,
Τηλ. 2510226843, κιν. 6938900593, e-mail: childsaep@pentecost.gr

