



ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα 2026

(Ηλικιωμένα Άτομα)

Κατασκηνωτική περίοδος από 30/08/2026 έως 08/09/2026

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____

Πατρώνυμο: _____ Μητρώνυμο: _____

Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / _____

Α.Δ.Τ.: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____

Περιοχή / Τ.Κ.: _____

Τηλέφωνο οικίας: _____

Κινητό τηλέφωνο: _____

Email: _____

Δημότης Δήμου Αγιάς: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Η αίτηση υποβάλλεται: Ατομικά Μέσω Κ.Α.Π.Η.

Εφόσον υποβάλλεται μέσω Κ.Α.Π.Η.:

Όνομασία Κ.Α.Π.Η.: _____

Υπεύθυνος επικοινωνίας: _____

Τηλέφωνο Κ.Α.Π.Η.: _____

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ύψος ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος: _____

Πιστοποιημένο άτομο με αναπηρία

Δικαιούχος Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος

Γ. ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Υπάρχει κάποια αλλεργία ή άλλη σημαντική παρατήρηση που πρέπει να γνωρίζει το προσωπικό της κατασκήνωσης;

Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ

Όνοματεπώνυμο: _____

Σχέση με τον αιτούντα: _____

Κινητό τηλέφωνο 1: _____

Κινητό τηλέφωνο 2: _____

Ε. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας

Εκκαθαριστικό σημείωμα έτους 2025 (ή του 2024 εφόσον δεν έχει υποβληθεί πρόσφατη φορολογική δήλωση)

Βεβαίωση ιατρού (σύμφωνα με το ειδικό έντυπο της κατασκήνωσης)

Γνωστοποίηση αποτελέσματος πιστοποίησης αναπηρίας ΚΕ.Π.Α. ή άλλη ισοδύναμη επίσημη απόφαση πιστοποίησης αναπηρίας σε ισχύ (όπου απαιτείται)

Βεβαίωση δικαιούχου Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος (όπου απαιτείται)

Άδεια διαμονής σε ισχύ (σε περίπτωση αλλοδαπού)

ΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Όλα τα στοιχεία που αναγράφονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή και ακριβή.
 2. Έχω ενημερώσει πλήρως την κατασκήνωση για κάθε άλλη σημαντική ιδιαιτερότητα που με αφορά.
 3. Αποδέχομαι ότι η τελική επιλογή των συμμετεχόντων θα πραγματοποιηθεί με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της κατασκήνωσης.
 4. Δηλώνω ότι η συμμετοχή μου τελεί υπό την προϋπόθεση ότι πληρώ τις απαιτούμενες προϋποθέσεις ασφαλούς φιλοξενίας, σύμφωνα με την υποβληθείσα ιατρική βεβαίωση και την κρίση της κατασκήνωσης.
 5. Αποδέχομαι ότι η παραμονή μου στον χώρο της κατασκήνωσης καθ' όλη τη διάρκεια της κατασκηνωτικής περιόδου αποτελεί βασικό όρο συμμετοχής και ότι αυθαίρετες απομακρύνσεις ή έξοδοι δεν επιτρέπονται χωρίς προηγούμενη έγκριση των υπευθύνων.
 6. Γνωρίζω ότι η κατασκήνωση διατηρεί το δικαίωμα μη αποδοχής της αίτησής μου ή διακοπής της φιλοξενίας μου, εφόσον από τα υποβληθέντα στοιχεία ή κατά την άφιξη προκύψει ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις ασφαλούς συμμετοχής.
 7. Δηλώνω ότι αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τον Κανονισμό Λειτουργίας της Κατασκήνωσης (ΑΔΑ: 61ΥΙΩ6Ι-ΟΤΥ).
 8. Γνωρίζω ότι η αίτηση θεωρείται πλήρης μόνο με το σύνολο των απαιτούμενων δικαιολογητικών.
-

Ημερομηνία: ____ / ____ / 2026

Ο/Η Αιτών/ούσα – Δηλών/ούσα

Υπογραφή: _____