

Φόρμα εκδήλωσης ενδιαφέροντος εγγραφής στην
7^η κατασκηνωτική εβδομάδα παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη
του **ΔΙΑΝΑ (31/7/2026 – 7/8/2026)**

Ονοματεπώνυμο παιδιού: _____

Ημερομηνία γέννησης: __/__/____

Ημερομηνία διάγνωσης: __/__/____

Κέντρο παρακολούθησης / Θεράπων γιατρός: _____

Αριθμός αδελφών, φίλων συμμαθητών που μπορεί να ακολουθήσουν: __

Ασφαλιστική κάλυψη; ΝΑΙ - ΟΧΙ

Εμπειρία από κατασκήνωση; ΝΑΙ - ΟΧΙ

Ημερομηνία: __/__/____

Υπογραφές γονέων: _____

Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____ , _____

e-mail επικοινωνίας: _____



e-mail: dianadiabetes@outlook.com - Τηλέφωνο: 2310892491

