

Φόρμα εκδήλωσης ενδιαφέροντος εγγραφής στην  
6<sup>η</sup> κατασκηνωτική εβδομάδα παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη  
του **ΔΙΑΝΑ (31/7/2025 – 7/8/2025)**

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](mailto:dianadiabetes@outlook.com) - Τηλέφωνο: 2310892491

