

Φόρμα εκδήλωσης ενδιαφέροντος εγγραφής στην  
1<sup>η</sup> κατασκηνωτική εβδομάδα παιδιών με Σακχαρώδη Διαβήτη  
του **ΔΙΑΝΑ**

Όνοματεπώνυμο παιδιού:

Ημερομηνία γέννησης:

Ημερομηνία διάγνωσης:

Κέντρο παρακολούθησης / Θεράπων γιατρός:

Αριθμός αδελφών, φίλων συμμαθητών που μπορεί να ακολουθήσουν:

Ασφαλιστική κάλυψη; ΝΑΙ - ΟΧΙ

Εμπειρία από κατασκήνωση:

Ημερομηνία:

Υπογραφές γονέων

e-mail επικοινωνίας: [dianadiabetes@outlook.com](mailto:dianadiabetes@outlook.com)

