



ΣΩΜΑ
ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ

Αίτηση Εγγραφής Μέλους στην
Ένωση Παλαιών Προσκόπων
Του 15^{ου} Συστήματος Αθηνών

Επώνυμο	Όνομα	Α Θ Φύλο
Πατρώνυμο	Μητρώνυμο	
Ημερομηνία Γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Τόπος Γέννησης	
Τηλέφωνο Σταθερό	Τηλέφωνο Κινητό	Φαξ e-mail
Διεύθυνση	Ταχ. Κωδικός, Πόλη, Νομός	
Επάγγελμα		
Α.Δ.Τ.	Ημερομηνία Έκδοσης Α.Δ.Τ.	Α.Τ. Έκδοσης

Προσκοπικά Στοιχεία

Αριθμός Μητρώου*	Περίοδος Ενεργός (ΕΕΕΕ – ΕΕΕΕ)
Ημερομηνία Υπόσχεσης (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	Πρόσκοπος Έθνους (ΕΕΕΕ)**
Τμήμα / Κλιμάκιο***	
Καθήκοντα****	ΣΚΑΠΑΝΙΚΗ, ΔΔ ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ {435,
Προσκοπικές Σχολές	

* (Εάν είναι γνωστός από το μητρώο του, στη περίπτωση που ήταν μέλος της κίνησης)

** (Συμπληρώστε το έτος απονομής του πτυχίου)

*** (Συμπληρώστε σε ποιο τμήμα ή κλιμάκιο υπήρξατε μέλος της Κίνησης)

**** (Συμπληρώστε εάν υπήρξατε βαθμοφόρος και σε ποιους βαθμούς π.χ. Υ.Ο. / Α.Ο. / Α.Σ. / Τ.Ε. κ.τ.λ.)

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή & επιθυμώ την εγγραφή μου ως μέλος της Ένωσης Παλαιών Προσκόπων 15^{ου} Συστήματος Αθηνών.

Υπογραφή	Ημερομηνία
----------	------------

Στην παρούσα αίτηση επισυνάπτονται τα ακόλουθα έγγραφα:

1. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας