



CYPRUS SCHOOL of molecular medicine

Genius Genetics Quiz 2014

Application Form – Δήλωση Συμμετοχής

- In cases where more than one team will be participating from the same school, a separate form must be completed by the school for each team.
- Σε περίπτωση που θα διαγωνίζονται περισσότερες από μια ομάδες από το ίδιο σχολείο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρώνεται από το σχολείο για την κάθε ομάδα ξεχωριστά

School Details / Στοιχεία Σχολείου

School / Σχολείο	
Name of Head Teacher / Όνομα Διευθυντή/Διευθύντριας	
School Telephone / Τηλέφωνο Σχολείου	
School E-mail / E-mail Σχολείου	

Students' Details / Στοιχεία Μαθητών

Students' Full Name & Date of Birth Όνοματεπώνυμο και Ημερομηνία Γέννησης Μαθητών	Student 1:
	Date of Birth
	Student 2:
	Date of Birth
	Student 3:
	Date of Birth

Consent / Συγκατάθεση

Consent

As participants are under-aged, we require details of a school representative (Biology Teacher) who has received consent from the parents/guardians of all three participating students for their involvement in the quiz.

Συγκατάθεση

Καθώς οι συμμετέχοντες είναι ανήλικοι, ζητούμε στοιχεία ενός αντιπροσώπου του σχολείου (Καθηγητή Βιολογίας) ο οποίος έχει εξασφαλίσει την συγκατάθεση των γονέων/κηδεμόνων των τριών μαθητών, για τη συμμετοχή τους στο quiz.

Name of School Representative (Biology Teacher) / Όνομα Αντιπροσώπου του Σχολείου (Καθηγητή Βιολογίας)

School Representative's Telephone Number / Τηλέφωνο Αντιπροσώπου του Σχολείου

I would like to receive news from the Cyprus Institute of Neurology and Genetics and the Cyprus School of Molecular Medicine by email E-mail:

Θα ήθελα να λαμβάνω πληροφορίες για το Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου και τη Σχολή Μοριακής Ιατρικής Κύπρου μέσω e-mail E-mail:

After completing this form, please send by e-mail to csmm@cing.ac.cy by Wednesday 30 April 2014

Αφού συμπληρώσετε αυτό το έντυπο, στείλτε το μέσω e-mail στο csmm@cing.ac.cy μέχρι την Τετάρτη 30 Απριλίου 2014