

Δ Ε Λ Τ Ι Ο Κ Α Τ Α Σ Κ Η Ν Ω Τ Η

(Συμπληρώνεται από το γονέα / κηδεμόνα - Επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης)

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:/...../.....

ΑΜΚΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

ΒΑΘΜΟΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

(Οδός)

(Αριθμός)

(Πόλη)

ΚΙΝΗΤΟ ΓΟΝΕΑ/-ΩΝ: (Α).....(Β).....

ΣΤΑΘΕΡΟ ΓΟΝΕΑ: (ΟΙΚΙΑ).....(ΕΡΓΑΣΙΑ).....

ΚΙΝΗΤΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:.....

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ ΣΕ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ: ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο και πότε;.....

Λοιπά εμβόλια:.....

Έχει κάνει αντιτετανικό ορό και πότε;.....

Υπάρχει ιστορικό αλλεργίας; Αν ναι, σε τι;.....

.....

Λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή; Αν ναι, ποια ακριβώς;.....

.....

Γράψτε μας παρακάτω κάθε τι σχετικό με την υγεία του παιδιού σας που έχει σημασία και πρέπει να ληφθεί υπόψη από τον Ιατρό της Κατασκήνωσης (ασθένειες, παθήσεις, χειρουργικές επεμβάσεις κ.ο.κ. / αποφυγή χορήγησης - λήψης φαρμάκων, σκευασμάτων κ.λπ.):

.....

.....

.....

- Αποδέχομαι την παροχή Α΄ βοηθειών και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του τέκνου μου από το εκ της Δ/σης Υγειονομικού / Α.Ε.Α. προερχόμενο και επιφορτισμένο προς τούτο ιατρικό προσωπικό της Κατασκήνωσης και δια του παρόντος ενημερώνω για το πλήρες ιατρικό ιστορικό του τέκνου μου.

Ο/Η Δηλών/-ούσα
Γονέας / Κηδεμόνας