



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΔΗΜΟΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ
ΒΙΔΟ 2016

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑ

ΟΝΟΜΑ:

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΠΡΩΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ:



ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ
(Α' – Β' –Γ')

ΠΑΙΔΙΑ 7-11 ΕΤΩΝ
Α' ΠΑΙΔΙΚΗ
20/7/2016– 28/7/ 2016

ΠΑΙΔΙΑ 7-11 ΕΤΩΝ
Β' ΠΑΙΔΙΚΗ
1/8/2016 – 9/8/2016

ΠΑΙΔΙΑ 12-15 ΕΤΩΝ
Γ' ΠΑΙΔΙΚΗ
18/8/2016 – 26/8/ 2016

1. Έχει ακολουθήσει το παιδί σας, τους προβλεπόμενους (για την ηλικία του) εμβολιασμούς;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

2. Έχει περάσει κάποια άλλη από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες;

Ανεμοβλογιά **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Ερυθρά **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Παρωτίτιδα **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Άλλο: _____

3. Πάσχει το παιδί σας από κάποιο άλλο χρόνιο νόσημα;

βρογχικό άσθμα **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Αλλεργικά άσθμα **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Συγγενής καρδιοπάθεια **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Επιληψία **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Άλλο: _____

Βεβαιώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή
Ονοματεπώνυμο Γονέα

υπογραφή

4. Λαμβάνει το παιδί σας συστηματικά κάποιο φάρμακο; Αν ναι ποιο είναι αυτό ;

Ο/Η _____,

_____ ΤΟΥ

_____ εξετάστηκε

5. Εμφανίζει το παιδί σας κάποια αλλεργία μετά τη λήψη φαρμάκου, δείγμα εντόμου, από λήψη κάποιας τροφής , ή άλλου παράγοντα;

και βρέθηκε υγιής, ως εκ τούτου επιτρέπεται να λάβει μέρος στην κατασκήνωση.

6. αναφέρετε εάν εμφανίζει κάποια ιδιαίτερη ευαισθησία. Παραπονείται συχνά για κάποιο σύμπτωμα (πονοκέφαλο, ζάλη , κοιλιακό πόνο, εύκολη κόπωση κ.α.)

ΚΕΡΚΥΡΑ / /2016

Ο Ιατρός

(σφραγίδα και υπογραφή)

7. Γνωρίζει κολύμπι και του.της επιτρέπω να κολυμπάει