



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο Γονέας του/της που έχω την κηδεμονία του/της, επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει μέρος στη Κατασκήνωση / Μεγάλη Δράση της του Συστήματος Προσκόπων με ΑΡΧΗΓΟ τον/την που θα πραγματοποιηθεί στο την περίοδο από μέχρι και

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην Βεβαίωση Κατάστασης Υγείας του παιδιού μου είναι απολύτως ακριβή και πως οι Βαθμοφόροι δεν ευθύνονται για κάτι που τυχόν πάθει και για το οποίο ενώ ήμουν γνώστης, δεν ενημέρωσα τον Αρχηγό.

Τέλος κάνω γνωστά στον Αρχηγό τα παρακάτω ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού μου σχετικά με την συμπεριφορά και τον χαρακτήρα του:

Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης ειδοποιήσατε: ΟΝΟΜ/ΜΟ: ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ(Α):

Μαζί με την δήλωση συμμετοχής επισυνάπτω το ποσό των €..... για την συμμετοχή του παιδιού μου στην κατασκήνωση ή Μεγάλη Δράση.

Ο ΔΗΛΩΝ ΓΟΝΕΑΣ

Ημερομηνία,

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Του..... ΤΟΥ..... διεύθυνση.....
(ΛΥΚΟΠΟΥΛΟ - ΠΡΟΣΚΟΠΟΣ - ΑΝΙΧΝΕΥΤΗΣ) - (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ) (ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ) (ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ - ΠΕΡΙΟΧΗ - Τ.Κ.)

τηλέφωνο(α) Αριθμός Τριπλοτύπου Εγγραφής

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πάσχει/Έπασχε από.....
(ΑΣΘΜΑ - ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΥΤΙΣΩΝ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΥΠΙΝΟΒΑΣΙΑ κλπ.)

Κουράζεται εύκολα; - Λαχανιάζει εύκολα;

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια;
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Χρειάζεται κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα;.....
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Υπέστη πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις;.....
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Είναι ευαίσθητος/τη σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα;.....
(ΑΝ ΝΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΜΟΡΦΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΦΑΡΜΑΚΟ)

Έκανε εμβόλια (σημειώσατε ημερομηνίες); ΤΕΤΑΝΟΥ ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑΣ ΑΛΛΑ

Έχει ανάγκη ιδιαίτερη μεταχείριση, διαίτα ή άλλη προσοχή;.....
(ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑΣ)

Επιτρέπεται η συμμετοχή του/της.....
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΟΙΚΟΓΕΝ. ΓΙΑΤΡΟΥ - ΤΗΛΕΦΩΝΟ)