

Δ Η Λ Ω Σ Η
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΠΟΛΗ:
Τ. Κ.: ΤΗΛΕΦ. ΟΙΚΙΑΣ: ΚΙΝΗΤΟ:
E-mail: ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ
ΧΡΟΝΙΑΣ: ΤΑΞΗ ΦΟΙΤΗΣΕΩΣ ΤΗΝ
ΕΠΟΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Ή ΤΟΠΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΕΥΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ:

.....

Εν Τρικάλαις τη2018.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΟΥ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ να μετέχω στις Κατασκηνώσεις της Ιεράς Μητροπόλεως Τρίκκης και Σταγών στην Πύρρα κατά το καλοκαίρι του 2018 τηρώντας όλα όσα αναφέρονται στον κανονισμό της κατασκηνώσεως.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο/Η παρακάτω υπογραφόμενος/η (αριθμός Δ.Α.Τ.....), πατέρας/μητέρα του, δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω στο γιο μου/στην κόρη μου να συμμετάσχει στην κατασκηνωτική περίοδο αγορών/κοριτσιών στις Εκκλησιαστικές Μαθητικές Κατασκηνώσεις της Ιεράς Μητροπόλεως Τρίκκης και Σταγών στην Πύρρα κατά το καλοκαίρι του 2018.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΙΣ: Οι υπογραφές, ιδίως αυτή του κηδεμόνος, τίθενται ενώπιον του αρμοδίου υπαλλήλου της Μητροπόλεως.

Δ Ε Λ Τ Ι Ο Ν
ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΟΥ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1. Έχουν γίνει οι προβλεπόμενοι εμβολιασμοί; (NAI-OXI).
2. Πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα; (NAI-OXI).
3. Πάσχει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα; (NAI-OXI).
4. Έχετε διαπιστώσει αλλεργία:
 - α) σε κάποιο φάρμακο; (NAI-OXI).
Αν ναι σε ποιο;
 - β) σε κάποιο φαγητό; (NAI-OXI).
Αν ναι σε ποιο;
 - γ) σε ο,τιδήποτε άλλο; (NAI-OXI).
Αν ναι σε τι;
5. Είχε κάποιο πρόβλημα με τη γυμναστική στο σχολείο; (NAI-OXI).
Αν ναι, ποιο;
6. Κοιμάται κανονικά ή έχει κάποιο πρόβλημα με τον ύπνο; (NAI-OXI).
Αν ναι, ποιο;
7. Τώρα κάνει κάποια αγωγή ή παίρνει κάποια φάρμακα; (NAI-OXI).
Αν ναι, ποια;

Θέλετε εσείς να δηλώσετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας του παιδιού ή ο,τιδήποτε άλλο θα εμπόδιζε τη διαβίωση του παιδιού στην Πύρρα (1200 μ. υψόμετρο) και τη συνύπαρξή του με άλλα παιδιά επί 10 ημέρες;

Εν Τριτάλοις τη2018.

Ο ΠΙΣΤΟΠΟΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
ΣΦΡΑΓΙΔΑ-ΥΠΟΓΡΑΦΗ