



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΗ ΤΡΙΚΚΗΣ, ΓΑΡΔΙΚΙΟΥ ΚΑΙ ΠΥΛΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΟΤΗΤΟΣ
ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΠΥΡΡΑΣ
Απόλλωνος 19 - 42131 Τρίκαλα
Τηλ: 24310/27282

Αρ. Απόδειξης:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:			
Πατρώνυμο:			
Μητρώνυμο:			
Ημ/νια Γέννησης:			
Διεύθυνση Κατοικίας:	Οδός: _____	Αριθμός: _____	
	Πόλη /χωριό: _____	Τ.Κ.: _____	
Τηλέφωνο οικίας:		Τηλ κινητό πατέρα:	
Κινητό παιδιού (αν έχει):		Τηλ. κινητό μητέρας:	
Τάξη σχ. έτος 2024/2025:		Μέγεθος Μπλούζας:	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Όνοματεπώνυμο κηδεμόνα: _____ Αριθμός Δ.Α.Τ: _____

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΜΕ ΠΡΟΣΟΧΗ

Με την υπογραφή σας δηλώνετε υπεύθυνα ότι :

- α)** επιτρέπετε στο παιδί σας να συμμετάσχει στην κατασκήνωση της Ιεράς Μητροπόλεως Τρίκκης, Γαρδικίου και Πύλης στην Πύρρα κατά το καλοκαίρι του 2025.
- β)** συμφωνείτε με τη χρήση των προσωπικών σας στοιχείων και του παιδιού σας*, για τις τρέχουσες ανάγκες της κατασκήνωσης από το αρχηγείο και το ιατρικό επιτελείο, σύμφωνα με τη νέα ισχύουσα νομοθεσία του Γενικού Ευρωπαϊκού Κανονισμού για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) και
- γ)** παρέχετε ελεύθερα την απαραίτητη για εμάς συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία αυτών από τους υπεύθυνους της Ιεράς Μητροπόλεως. Η κατασκήνωσή μας προτίθεται να λαμβάνει και να διατηρεί αναμνηστικές φωτογραφίες και βίντεο των κατασκηνωτών / τριών, στελεχών, ομαδαρχών, τρίτων συνεργατών από δράσεις και εκπαιδευτικές, αθλητικές, πολιτιστικές και άλλες δραστηριότητες της κατασκήνωσης. Οι φωτογραφίες και τα βίντεο, είναι δυνατόν να δημοσιευθούν στον ηλεκτρονικό και έντυπο τύπο, να αναρτηθούν στα κοινωνικά δίκτυα και να προβληθούν στις εκδηλώσεις της Μητροπόλεώς μας.
- δ)** εάν το παιδί σας δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα με τη συμπεριφορά του, είστε υποχρεωμένος / η να το παραλάβετε, εφ' όσον οι υπεύθυνοι το αποφασίσουν. Επισημαίνεται ότι τα χρήματα δεν επιστρέφονται λόγω της ήδη γενομένης δαπάνης για την πραγματοποίηση των κατασκηνωτικών περιόδων.

*Τα προσωπικά δεδομένα που επεξεργαζόμαστε είναι τα απλά, όπως ονοματεπώνυμο, διεύθυνση κατοικίας, οδός, αριθμός, τηλέφωνα, e-mail, ημερομηνία γέννησης και ειδικής κατηγορίας (ευαίσθητα), όπως ιατρικό ιστορικό, πιστοποιητικό υγείας και φωτογραφίες / βίντεο.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:.....

1. Σημειώστε με X τις παιδικές ασθένειες που έχει περάσει ο κατασκηνωτής:

ΙΛΑΡΑ: ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ: ΕΡΥΘΡΑ: ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ: ΟΣΤΡΑΚΙΑ: ΚΟΚΙΤΗ:

2. Έχει νοσήσει ο κατασκηνωτής από:

Ηπατίτιδα Α ΝΑΙ: ΟΧΙ: Ηπατίτιδα Β ΝΑΙ: ΟΧΙ: Ηπατίτιδα C ΝΑΙ: ΟΧΙ:

Έχει κάνει Mantoux test; ΝΑΙ: (Θετικό: Αρνητικό:) ΟΧΙ:

Έχει κάνει εμβόλιο τετάνου;

ΝΑΙ: ΟΧΙ: Ημερομηνία τελευταίας επαναληπτικής δόσης:.....

3. Έχει παρουσιάσει ποτέ:

α) Αναπνευστικά προβλήματα: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

β) Κεφαλαλγίες: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

γ) Ακατάσχετη αιμορραγία σε περιπτώσεις τραυματισμού: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

δ) Ρινορραγία: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

ε) Λιποθυμικές τάσεις: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

4. Έχει παρουσιάσει ο κατασκηνωτής (το τελευταίο 12μηνο):

Συχνές Ωτίτιδες: Υπέρταση: Υπόταση: Δερματικά προβλήματα: Άσθμα: Αρθρίτιδες:

Λοιμώδη Μονοπυρήνωση: Καρδιακά προβλήματα:

Αν ναι, αναφέρετε το πρόβλημα και τη θεραπεία που ακολουθήθηκε:

.....

5. Είχε ή έχει παρουσιάσει αλλεργία ποτέ σε:

Φάρμακα: Αν ναι σε ποια:

Τροφές: Τσιμπήματα εντόμων:

Οτιδήποτε άλλο:

6. Υπάρχει πρόβλημα στον ύπνο;

Νυχτερινή ενούρηση; ΝΑΙ: ΟΧΙ: Υπνοβασία; ΠΟΤΕ: ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ: ΣΥΧΝΑ:

Άλλο πρόβλημα:.....

7. Βρίσκεται ο κατασκηνωτής κάτω από ιατρική παρακολούθηση και ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή;

ΝΑΙ: ΟΧΙ:

Αν ναι, συμπληρώστε τα παρακάτω:

Ποιο είναι το πρόβλημα υγείας;.....

Ποια φαρμακευτική αγωγή ακολουθεί (φάρμακα, δοσολογία, συχνότητα):

.....

Περιορισμοί στο διαιτολόγιο:.....

Απαγορεύσεις που αφορούν τη συμμετοχή σε κατασκηνωτικές δραστηριότητες:

.....

8. Πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική/ψυχική υγεία του κατασκηνωτή (πρόσφατη απώλεια ή αρρώστια κοντινού προσώπου), διαζύγιο γονέων, μελαγχολία, κατάθλιψη κ.λπ.
9. Θέλετε εσείς να δηλώσετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας του παιδιού ή οτιδήποτε άλλο θα εμπόδιζε τη διαβίωση του παιδιού στην Πύρρα (1.200 μ. υψόμετρο) και τη συνύπαρξη του με άλλα παιδιά επί 10 ημέρες;.....

Μετά από κατάλληλη ιατρική εξέταση και μελέτη του ιατρικού ιστορικού δηλώνω υπεύθυνα ότι ο/η:..... μπορεί να συμμετάσχει σε όλες τις κατασκηνωτικές δραστηριότητες (εκτός από τους περιορισμούς που ήδη αναγράφονται παραπάνω).

Όνοματεπώνυμο ιατρού:.....

Ειδικότητα:.....

Διεύθυνση:..... Α.Μ.Κ.Α:.....

Κινητό τηλέφωνο: Άλλα τηλέφωνα:.....

Ημερομηνία:/...../202...

Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού