

ΕΝΤΥΠΟ ΑΦΙΞΗΣ

Ημερομηνία προσέλευσης:

Όνοματεπώνυμο παιδιού:

Ημερομηνία γέννησης:

Διεύθυνση κατοικίας:

Πόλη: Τ.Κ.: Τηλέφωνο οικίας:

Όνοματεπώνυμο πατέρα:

Α.Δ.Τ.: E-mail:

Κινητό: Τηλέφωνο εργασίας:

Όνοματεπώνυμο μητέρας:

Α.Δ.Τ.: E-mail:

Κινητό: Τηλέφωνο εργασίας:

Οικογενειακή κατάσταση γονέων:

Παντρεμένοι Διαζευγμένοι Σε διάσταση Σε χηρεία

Το παιδί ζει με:

Τηλέφωνο έκτακτης ανάγκης:

Το παιδί έρχεται με το πρόγραμμα του **Δ.ΥΠ.Α** (ΟΑΕΔ):

Ποιος γονέας είναι ο δικαιούχος του προγράμματος : Πατέρας Μητέρα

Με ποιο ασφαλιστικό ταμείο, φορέας **e-ΕΦΚΑ** έρχεται το παιδί:

.....

Ποιος είναι ασφαλισμένος στο ταμείο: Πατέρας Μητέρα

Με ποια **Εταιρεία, Οργανισμό, Δήμο** έρχεται το παιδί:

.....

Ποιος απασχολείται στην εταιρεία / οργανισμό / δικαιούχος με το πρόγραμμα του Δήμου:

Πατέρας Μητέρα

Το παιδί έρχεται **ΙΔΙΩΤΙΚΑ**:

Σε ποιόν γονέα κόβονται οι αποδείξεις: Πατέρας Μητέρα

Α.Φ.Μ : Δ.Ο.Υ :

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω τα ακόλουθα αναφορικά με την υγεία του παιδιού μου:

Όνοματεπώνυμο παιδιού:

Όλα τα εμβόλια έχουν γίνει κανονικά: Ναι Όχι

Εμβόλιο τετάνου - Τελευταία ημερομηνία:

Έχει περάσει τις παρακάτω παιδικές αρρώστιες:

- Ιλαρά Παρωτίτιδα Ανεμοβλογιά Κοκκύτη
 Οστρακιά/Ερυθρά

Αλλεργίες:

(Εάν ναι, παρακαλώ περιγράψτε):

Διατροφικές ευαισθησίες: Ναι Όχι
(Εάν ναι, παρακαλώ συμπληρώστε το σχετικό έντυπο)

Έχει παρουσιάσει:

- Υπνοβασία Άσθμα Επιληπτικό επεισόδιο
 Σπαστική βρογχίτιδα Σπασμούς Λιποθυμικό επεισόδιο

Σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. Θ' της ΥΑ Δ22/οικ.37641/1450, η Κατασκήνωσή μας διαθέτει ιατρείο και χώρο βραχείας νοσηλείας. Ως εκ τούτου, αδυνατεί να δεχθεί παιδιά με παθήσεις, που δεν μπορεί να διαχειριστεί, όπως ενδεικτικά, επιληψία, άσθμα, σπασμούς, υπνοβασία, λιποθυμικά επεισόδια και σπαστική βρογχίτιδα.

Οποιαδήποτε άλλο θέμα υγείας του παιδιού:

.....
.....
.....

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, δηλώνω υπεύθυνα τα ακόλουθα:

- Στο παρόν έντυπο που έχω συμπληρώσει, υπογράψω και παραδώσει στην Kinderland, περιλαμβάνεται το πλήρες ιατρικό ιστορικό του παιδιού μου.
- Στο παρόν έντυπο έχω συμπεριλάβει κάθε ιατρικό πρόβλημα ή ασθένεια ή φαρμακευτική αγωγή ή ιδιαιτερότητα, που πρέπει να έχει γνώση η κατασκήνωση.
- Δεν έχω αποκρύψει τίποτα το οποίο ενδεχομένως θα δημιουργούσε ιατρικό ή άλλο πρόβλημα στο παιδί μου, τα άλλα παιδιά, το προσωπικό ή τους επισκέπτες της κατασκήνωσης.
- Αναλαμβάνω την πλήρη ευθύνη σε περίπτωση κατά την οποία δημιουργηθεί οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας εξαιτίας του μη εμβολιασμού.

Ο-Η Δηλ.....

Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο
γονέα ή κηδεμόνα

Ημερομηνία

Έντυπο ιατρικού ιστορικού κατασκηνωτή/τριας για την ασφαλή είσοδο στην κατασκήνωση

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο Παιδιού:

Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα:

E-mail:

Κινητό τηλέφωνο:

1. Έχει νοσήσει ο/η κατασκηνωτής/τρια από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον);

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχε ο/η κατασκηνωτής/τρια κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις τελευταίες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Πυρετό• Αίσθημα κόπωσης• Δυσκολία στην αναπνοή• Πονοκέφαλο | <ul style="list-style-type: none">• Βήχα• Μυαλγίες• Πόνο στο λαιμό• Διάρροια |
|---|---|

3. Έχει έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Έχει ταξιδέψει τις προηγούμενες 4 εβδομάδες στο εξωτερικό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο/Η Δηλ.....

.....

(Υπογραφή)

***** Σε περίπτωση που ο κατασκηνωτής εμφανίσει συμπτώματα ύποπτα για λοίμωξη Covid-19, άμεσα θα ειδοποιηθεί ο γονέας /κηδεμόνας από την κατασκήνωση. Οι γονείς / κηδεμόνες είναι υποχρεωμένοι να συμμορφωθούν με την κρίση του ιατρού και να φροντίσουν για την αμεσσότερη παραλαβή του κατασκηνωτή.**

Ο/Η Δηλ.....

.....

(Υπογραφή)