



Ταχ. Δ/ση: Αλησμόνητων Πατρίδων 29  
Ταχ. Κωδ. : 19 300  
Τηλέφωνα : 213.200.67.44 - 213.200.67.77  
213.200.67.69 - 213.200.67.68  
Email : dpaideias.asp@gmail.com

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

Ο/Η παρακάτω υπογράφων/ουσα .....  
Γονέας / Κηδεμόνας τ... μαθ .... του ..... Δημοτικού Σχολείου  
Aspropyrgos (τάξη ... ) δηλώνω υπεύθυνα ότι, επιθυμώ το παιδί μου να συμμετάσχει στο κατασκηνωτικό  
πρόγραμμα της ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΣΚΗΝΩΣΗΣ του Δήμου Aspropyrgos στα ΒΙΛΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, ως ακολούθως :

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ {επιλέξτε μία (1) περίοδο} :

- A' 20.06.2023 ΕΩΣ 01.07.2023,
- B' 04.07.2023 ΕΩΣ 15.07.2023,
- Γ' 18.07.2023 ΕΩΣ 29.07.2023

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΑΓΟΡΙ ..... ΚΟΡΙΤΣΙ .....
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ .....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....
ΑΜΚΑ παιδιού: .....
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....
ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ .....
ΚΙΝΗΤΟ ΠΑΤΕΡΑ .....
ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ .....
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. ΜΗΤΕΡΑΣ .....

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

1. ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΕΤΑΝΟΥ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** { ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΣΗΣ ...../...../..... }
2. ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** { ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΣΗΣ...../...../..... }
3. ΕΜΒΟΛΙΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** { ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΣΗΣ...../...../..... }
4. ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ ;  
α) ΙΛΑΡΑ β) ΚΟΚΙΤΗ γ) ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ δ) ΕΡΥΘΡΑ ε) ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ στ) ΟΣΤΡΑΚΙΑ ζ) Covid-19
5. ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
6. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ :
- ι) ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** (Φαρμακευτική ... Τροφική ... Εισπνευστική ... Εντόμων .... κ.ά)
- ιι) ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ; (π.χ. χρόνια ασθματική βρογχίτιδα) **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
- ιιι) ΕΝΟΥΡΗΣΗΣ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
- ιιιι) ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑΣ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
- ιιιιι) ΥΠΝΟΒΑΣΙΑΣ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
7. α) ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΥΝΑΤΟΥ ΗΛΙΟΥ Ή ΜΠΑΝΙΟΥ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**  
β) ΛΟΙΠΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ;.....  
.....
8. ΞΕΡΕΙ ΚΟΛΥΜΠΙ ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

## ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΑΡΕΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

### ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

- A) Πρωτότυπη Βεβαίωση ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ (στην οποία θα αναφέρεται ότι το παιδί έχει εξεταστεί καρδιολογικά ΚΑΙ δερματολογικά)
- B) Επίδειξη ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ (ΕΜΒΟΛΙΑ).
- Γ) ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ του αιτούντος Γονέα / Κηδεμόνα.

### ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

- I) Συμπληρωμένο ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Covid-19.
- II) Βεβαίωση αρνητικού Rapid test έως 48 ωρών πριν την ημέρα αναχώρησης.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ**