

**Έντυπο-ερωτηματολόγιο δήλωσης υγείας, πριν την είσοδο στην κατασκήνωση**  
(για συμπλήρωση από όλα τα ενήλικα άτομα / τον γονέα ή αυτόν που ασκεί την επιμέλεια του ανηλίκου)

Όνοματεπώνυμο Κατασκηνωτή / Στελέχους	Όνοματεπώνυμο Γονέα- Κηδεμόνα	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ 12 ημερών Α. 20/6-01/7, Β. 04/7-15/07, Γ. 18/7-29/07
Τηλέφωνο επικοινωνίας, μετά την άφιξη του παιδιού στην κατασκήνωση:			

**Ερωτήσεις**

Τις τελευταίες 14 ημέρες πριν την άφιξη στην κατασκήνωση:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Έχετε τώρα ή είχατε εσείς ή οποιοδήποτε άτομο του στενού οικογενειακού σας περιβάλλοντος παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη; ( <i>πυρετό, βήχα, έντονο πονόλαιμο / πονοκέφαλο, δυσκολία στην αναπνοή, καταβολή, μυαλγία, καταρροή, γαστρεντερικές διαταραχές, απώλεια όσφρησης / γεύσης, πνευμονία</i> )		
2. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού σας περιβάλλοντος, <i>στενή επαφή με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19)</i> ;		
3. <i>Είχατε</i> εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού σας οικογενειακού περιβάλλοντος, <i>προσφέρει άμεση φροντίδα σε κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό COVID-19</i> ή εργαστήκατε με υγειονομικούς υπαλλήλους οι οποίοι επιμολύνθηκαν με COVID-19;		
4. <i>Είχατε</i> εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, <i>επισκεφτεί ή βρεθήκατε σε κοντινή απόσταση με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19)</i> ;		
5. <i>Είχατε</i> εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, <i>εργαστεί σε κοντινή απόσταση ή μοιραστήκατε το ίδιο περιβάλλον με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19)</i> ;		
6. <i>Είχατε</i> εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, <i>ταξιδέψει με ασθενή από COVID-19 με οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς</i> ;		
7. <i>Είχατε</i> εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, <i>μείνει στη ίδια οικία με ασθενή με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19)</i> ;		

- Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../ 2023

Ο δηλών / Η δηλούσα

.....  
Υπογραφή