



Ταχ. Δ/ση: Αλησμόνητων Πατρίδων 29
Ταχ. Κωδ. : 19 300
Τηλέφωνα : 2132006459, 2132006455
Email : kataskinosi2025@gmail.com

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

Η/Ο παρακάτω υπογράφουσα/ων
με Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου: δηλώνω ότι, επιθυμώ το παιδί μου
να συμμετάσχει στο πρόγραμμα της Δημοτικής Κατασκήνωσης (στη θέση Μουγγό Βιλίων) & ότι όλα τα
στοιχεία που ακολουθούν & το ιατρικό ιστορικό του, είναι αληθή.

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ {επιλέξτε μία (1) περίοδο} :

- Α' 20-06-2025 ΕΩΣ 27-06-2025,
Β' 30-06-2025 ΕΩΣ 11-07-2025,
Γ' 14-07-2025 ΕΩΣ 24-07-2025.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ (& ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ)

ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΣΧΟΛΕΙΟ	ΤΑΞΗ
ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	
<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ / ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ</u>	
ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ	
ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. ΠΑΤΕΡΑ	ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. ΜΗΤΕΡΑΣ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ : ΑΛΛΑ ΤΗΛ.	

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

1. ΕΜΒΟΛΙΑ :

α) ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΕΤΑΝΟΥ; ΝΑΙ ΟΧΙ { ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΣΗΣ/...../..... }

β) ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ { ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΣΗΣ...../...../..... }

γ) ΕΜΒΟΛΙΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ { ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΣΗΣ...../...../..... }

2. ΕΧΕΙ ΠΕΡΑΣΕΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ ;

α) ΙΛΑΡΑ β) ΚΟΚΙΤΗ γ) ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ δ) ΕΡΥΘΡΑ ε) ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ στ) ΟΣΤΡΑΚΙΑ

3. ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

4. ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ

5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ (κυκλώστε την απάντηση) :

i) ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ (Φαρμακευτική ... Τροφική ... Εισπνευστική ... Εντόμων Άλλη)

ii) ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ; (χρόνια ασθματική βρογχίτιδα) ΝΑΙ ΟΧΙ

iii) ΕΝΟΥΡΗΣΗΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

iv) ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

v) ΥΠΝΟΒΑΣΙΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

6. α) ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΥΝΑΤΟΥ ΗΛΙΟΥ Ή ΜΠΑΝΙΟΥ; ΝΑΙ ΟΧΙ

β) ΛΟΙΠΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ;.....

7. ΞΕΡΕΙ ΚΟΛΥΜΠΙ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

8. ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ (πχ επιθυμία διαμονής στον ίδιο κοιτώνα με άλλο κατασκηνωτή, κλπ):

.....

.....

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

A) Βεβαίωση ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ (η οποία θα αναφέρει ότι, το παιδί έχει εξεταστεί καρδιολογικά & δερματολογικά)

B) Επίδειξη του βιβλιαρίου ασθενείας του παιδιού, όπου θα αναγράφεται ο εμβολιασμός του.

Γ) Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή άδειας παραμονής σε ισχύ (του αιτούντος Γονέα / Κηδεμόνα).

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ