

Όν/μο συμμετέχοντος..... Ηλικία.....

Έχει παρουσιασθεί ποτέ κάτι από τα ακόλουθα, αν ναι, τι είδους, και ποια η αιτιολογία:

α. ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ

β. ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ

γ. ΣΠΑΣΜΟΙ: ΝΑΙ ΟΧΙ

δ. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ε. ΑΛΛΕΡΓΙΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ

εάν ΝΑΙ, τι είδους και σε τι.....

στ. ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ

εάν ΝΑΙ, τι είδους και σε τι.....

Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15') ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ, υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια.....

Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες:

ΙΛΑΡΑ ΕΡΥΘΡΑ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ΟΣΤΡΑΚΙΑ ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ ΚΟΚΚΥΤΗ

Υπάρχει ιστορικό αναιμίας και ποιο το είδος της; ΝΑΙ..... ΟΧΙ

Υπάρχει ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και εάν ναι, είναι ινσουλινοεξαρτώμενος; ΝΑΙ..... ΟΧΙ

Υπάρχει ιστορικό συγγενούς ή άλλης μορφής καρδιοπάθειας; ΝΑΙ..... ΟΧΙ

Έχει υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση, σε ποια και πότε; ΝΑΙ..... ΟΧΙ

Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική θεραπεία; ΝΑΙ..... ΟΧΙ

Ποια τα φάρμακα; Δοσολογία:.....

Στοιχεία Γονέα/Κηδεμόνα:

ΟΝΟΜ/ΜΟ: ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

Δ/ΝΣΗ: ΤΗΛ:

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ/ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Δηλώνω επίσης ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι απολύτως ακριβή και αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω άμεσα τη Διεύθυνση της Σχολής σε περίπτωση που υπάρξει οποιαδήποτε σχετική αλλαγή.

Έχει δοθεί Ιατρική Βεβαίωση; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τα παραπάνω στοιχεία καταχωρούνται σε βάση δεδομένων του SUMMERCAMP με αποκλειστικό σκοπό την διασφάλιση της υγείας των παιδιών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα και την ομαλή οργάνωση και λειτουργία της κατασκήνωσης, διατηρούνται απολύτως απόρρητα και εμπιστευτικά με ευθύνη ιατρού/νοσηλεύτη και αποθηκεύονται για εύλογο χρονικό διάστημα σύμφωνα με τον ν. 2472/1997, σε καμία δε περίπτωση δεν κοινοποιούνται χωρίς την συγκατάθεση του υπογράφοντος.