

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (COVID 19)

ΕΠΙΘΕΤΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ	
ΟΝΟΜΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ/ ΠΟΛΗ	

Β) Παρουσιάζει το παιδί <u>κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα</u>			ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Πυρετός	Έντονος Βήχας	Καταρροή	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
Διάρροια ή Έμετος	Φαρυγγαλγία	Κεφαλαλγία	

Γ) Τις τελευταίες 14 ημέρες το παιδί <u>ήρθε</u> <u>σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID 19</u>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
---	--

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι υποχρεωτική βάση της εγκυκλίου του Υπουργείου Εργασίας & της Εθνικής Επιτροπής Προστασίας Δημόσιας Υγείας για τη λειτουργία κατασκήνωσης

Στην περίπτωση θετικής απάντησης στα ερωτήματα Α ή Β δεν θα επιτρέπεται η είσοδος του παιδιού στην κατασκήνωση

Ημ/νια / / 2022

Υπογραφή

.....

Νιώθω ασφαλής, μένω υγιής, πάω ΕΛΑΙΩΝΕΣ!

