

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (COVID 19)

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

Α) Παρουσιάζει το παιδί κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα			ΟΧΙ ☐
Πυρετός	Έντονος Βήχας	Καταρροή	
Διάρροια ή Έμετος	Φαρυγγαλγία	Κεφαλαλγία	ΝΑΙ ☐

Β) Τις τελευταίες 14 ημέρες το παιδί ήρθε σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID 19	ΟΧΙ ☐
	ΝΑΙ ☐

Το τελευταίο εξάμηνο το παιδί είναι πλήρως εμβολιασμένο ή με ιστορικό νόσου covid 19	ΟΧΙ ☐
	ΝΑΙ ☐

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

