

ΕΠΙΘΕΤΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ	
ΟΝΟΜΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΝΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ/ ΠΟΛΗ	

<b>A) Παρουσιάζεις κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα</b>			ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Πυρετός	Έντονος Βήχας	Καταρροή	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>
Διάρροια ή Έμετος	Φαρυγγαλγία	Κεφαλαλγία	

<b>B) Τις τελευταίες 14 ημέρες ήρθες σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID 19</b>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>

<b>Το τελευταίο εξάμηνο είσαι πλήρως εμβολιασμένος ή με ιστορικό νόσου covid 19</b>	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 κατασκηνώσεων

Στην περίπτωση θετικής απάντησης στα ερωτήματα A ή B δεν θα επιτρέπεται η είσοδος στην κατασκήνωση



Ημ/νια ..... / ..... / 2022

Υπογραφή