

**ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΑΜΕΙΩΝ:** 19/6 - 03/7 13/7 - 17/7 17/7 - 31/7 31/7 - 14/8 14/8 - 28/8 | **ΠΡΟΓΡ.ΟΑΕΔ:** 19/6 - 03/7 13/7 - 17/7 17/7 - 31/7 31/7 - 14/8 14/8 - 28/8 | **ΙΔΙΩΤΩN:** 19/6 - 03/7 13/7 - 17/7 17/7 - 31/7 31/7 - 14/8 14/8 - 28/8 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΠΟΙΟ………………… |  |  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ……………................................................................ΟΝΟΜΑ………………..………….………………………………………

ΑΜΚΑ………………………………………………….…………… ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ….…………………………..……………………………………….

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ (ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ-ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ)**

ΕΠΩΝΥΜΟ…………………………………….……………………. ΟΝΟΜΑ…………………………………….………Α.Δ.Τ.…...……………………..

AMKA……………………………………………ΑΦΜ…..……………………………………… ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ …………………………….……………….

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ…………………………………….……….……..ΑΡ. …………. Τ.Κ. …………………ΠΟΛΗ………………………………………………..

1ο……………………………………………2ο……………........…………………….….…E-mail……………………………………………………..

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ…………………………………………………………………..…ΑΦΜ.……………………….……..Α.Δ.Τ. …………………..

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Η ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ :……………………………………………………

….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Θα χρησιμοποιήσετε ιδιωτικό μέσο κατά την άφιξη στην κατασκήνωση ΝΑΙ ΟΧΙ
* Επιτρέπω σε άλλους να απομακρύνουν το παιδί μου από την κατασκήνωση ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι σε ποιους;……………....................................................................................................................................

(Απαιτείται υπεύθυνη δήλωση/εξουσιοδότηση με γνήσιο υπογραφής από τον κηδεμόνα)

* Για την ταχύτερη εξυπηρέτηση των παιδιών κατά την άφιξή τους στην κατασκήνωση θα πρέπει να γνωρίζουν το ΑΜΚΑ τους (π.χ σημειωμένο σε ένα χαρτί).

Για εγγραφές μέσω **Ασφαλιστικού** **Ταμείου**,μην παραλείψετε να μας παραδώσετε την **Κάρτα Κατασκηνωτή** (εφόσον εκδίδεται από το Ταμείο) όταν την παραλάβετε, για την **ολοκλήρωσης της εγγραφής**.

Για εγγραφές μέσω **ΟΑΕΔ** βεβαιωθείτε πως συμπληρώσατε τα σωστά στοιχεία του **Δικαιούχου** γονέα και ότι θα υποβάλλετε ηλεκτρονική αίτηση και στον ΟΑΕΔ. Μετά την ανάρτηση των αποτελεσμάτων των επιτυχόντων από το ΟΑΕΔ, πρέπει να μας προσκομίσετε 1) φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας του Δικαιούχου, 2) φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας του παιδιού και 3) φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατήριου του Δικαιούχου γονέα, για **να ολοκληρωθεί η Εγγραφή**.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή, επιπλέον έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους **Κανόνες Λειτουργίας**, την **Πολιτική Απορρήτου** της κατασκήνωσης, όπως αναγράφονται στην ιστοσελίδα μας [www.eleonescamp.gr](http://www.eleonescamp.gr/)

Παρακαλούμε, σε περίπτωση ακύρωσης της κράτησης σας, να μας ενημερώσετε άμεσα. Μην στερήσετε το δικαίωμα στην κατασκήνωση σε κάποιο άλλο παιδί !

 **Ημερ/νία / / 2025**

 **Υπογραφή**

****

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**

Το Ιατρικό Δελτίο του κατασκηνωτή συμπληρώνεται, υπογράφεται και σφραγίζεται από τον γιατρό και τον γονέα και παραδίδεται στο γραφείο της κατασκήνωσης μαζί με το **ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**.

**ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ……...................................................ΟΝΟΜΑ………………..……………ΗΜ.ΓΕΝΝ…………...../…….../…………....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ………………………………………..ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ………………………………………………………………………….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ…………………………………………ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ………………………………………………

**ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

**ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ:** ΠΛΗΡΗΣ σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού (πχ. Ιλαρά, ανεμοβλογιά κτλ )

Αν όχι πλήρης, γιατί:……………………………………………………………………………………………………………………………………..………

Ημερομηνία τελευταίου αντιτετανικού εμβολίου: ……….…../…………../…….………..………………………………………..………..

**ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ:**..........................................................................................................…………………...................

**ΑΛΛΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD:**………………………………………………………………………………………………………………….…………………………..…….

**ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**………………………………………………………………………………………………….…………………..…………….

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ/ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ/ΑΣΘΜΑΤΟΣ:**……………………………………………………………..……….……………………………

**ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ:**……………………………………………………………………………………………….….…………………………………

**ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:**……………………………………………………………………………………..………………………………….

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ:**…………………………………………………………………………………………………………………

**ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:**………………………………………………………………………………………………………………………………

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………..………….…………………………………………………………………………………………………………………………….………….………….……………..

**Θεωρείτε ότι μπορεί να πάρει μέρος σε όλες τις δραστηριότητες της κατασκήνωσης ;**

**ΝΑΙ**   **ΟΧΙ**

Εντός της κατασκήνωσης διαμένουν Ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι είναι διαθέσιμοι όλο το 24ωρο. Το Ιατρείο μας πρέπει να ενημερωθεί για το ιατρικό ιστορικό του παιδιού κατά την εγγραφή του, για αυτό παρακαλούμε το παρόν Ιατρικό Δελτίο να συμπληρωθεί ορθά.

Εάν το παιδί λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, αυτή θα πρέπει να παραδοθεί στο Ιατρείο της κατασκήνωσης κατά την άφιξη, για την φύλαξη της.

Σε περίπτωση αλλεργίας ή δυσανεξίας του παιδιού, η κατασκήνωση θα πρέπει να ενημερωθεί από τον γονέα, για να διαμορφωθεί η διατροφή του εάν αυτό είναι δυνατό, σε συνεργασία με τον υπεύθυνο Προγράμματος Διατροφής.

Σφραγίδα και υπογραφή γιατρού Ημ/νία συμπλήρωσης ιατρικού δελτίου Υπογραφή γονέα

  **/ / 2025**