



ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

2024

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: _____
ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΤΑΞΗ (το 2023 - 2024): _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: Σταθερό: _____ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____
Κινητό: _____

→ Είναι βαπτισμένος/η Χριστιανός/ή Ορθόδοξος/η;

Ναι Όχι

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΕΦΗΜΕΡΙΟΥ

Ο παρακάτω υπογραφόμενος π.
εφημέριος του Ιερού Ενοριακού Ναού
δηλώνω ότι γνωρίζω το / τη μαθητή / μαθήτρια
..... του, καθ' όσον ανήκει στην Ενορία μας και
συναίνω στη συμμετοχή του/της στις Εκκλησιαστικές Κατασκηνώσεις της Ι. Μ. Λευκάδος
και Ιθάκης.

Βεβαιώνω ακόμη ότι συμμετέχει στις Παιδικές και Νεανικές Συντροφίες της Ενορίας.

Θα ήθελα να σημειώσω ότι
.....
.....

Υπογραφή Εφημερίου - Σφραγίδα Ι. Ναού

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ *

- Όταν κόβεται ή χτυπάει, σταματά το αίμα εύκολα; Ναι Όχι
- Είχε ποτέ τάση για λιποθυμία/ Έχει ποτέ λιποθυμήσει; Ναι Όχι
- Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε κάποιο νοσοκομείο; Ναι Όχι
-Αν ναι, γιατί; _____
- Πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα; Ναι Όχι
-Αν ναι, ποιο; _____
- Είχε κάποιο πρόβλημα με τη γυμναστική στο σχολείο; Ναι Όχι
-Αν ναι, ποιο; _____
- Κοιμάται κανονικά ή παρουσιάζει διαταραχές ύπνου (υπνοβασία, ενούρηση κτλ.); Ναι Όχι
-Αν ναι, τι ακριβώς; _____
- Ποιες παιδικές αρρώστιες έχει περάσει; _____

- Θέλετε εσείς να δηλώσετε κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας του παιδιού; _____

- Θέλετε να δηλώσετε κάτι σχετικά με τη συμπεριφορά και την συναισθηματική /ψυχική υγεία του κατασκηνωτή (π.χ. πρόσφατος θάνατος /ασθένεια συγγενικού προσώπου, διαζύγιο /διάσταση γονέων, μελαγχολία /κατάθλιψη κ.ά.); _____

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο/Η παρακάτω υπογραφόμενος/η (αριθμός Δ.Α.Τ.:
.....), πατέρας/μητέρα του / της,
δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω στο/ην γιο/κόρη μου να συμμετάσχει στις Εκκλησιαστικές
Κατασκηνώσεις της Ι. Μ. Λευκάδος και Ιθάκης «Η ΦΑΝΕΡΩΜΕΝΗ», στην κατασκ. περίοδο:

- Αγιοριών Γυμνασίου – Α' Λυκείου (4-11/7/24) Κοριτσιών Γυμνασίου – Α' Λυκείου (18- 25/7/24)
 Αγιοριών Γ' - Στ' Δημοτικού (11-18/7/24). Κοριτσιών Γ' - Στ' Δημοτικού (25/7 – 1/8/24)

Επίσης συναινώ στη λήψη και αποθήκευση (από την Κατασκηνώση) φωτογραφιών ή βίντεο από κατασκηνωτικές δραστηριότητες με τη συμμετοχή του.

.....
Υπογραφή Κηδεμόνα

* Τα στοιχεία που δηλώνετε θα τηρηθούν στο αρχείο της κατασκηνώσης, υπ' ευθύνη του αρχηγείου, με σεβασμό της νομοθεσίας για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, και θα χρησιμοποιηθούν μόνο εφ' όσον παραστεί ανάγκη.

ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ

Εξέτασα τον ,
με ύψος cm και βάρος kg στις (ημερομηνία) / / 2024.

Ο κατασκηνωτής δε βρίσκεται κάτω από ιατρική αγωγή.

Ή

Ο κατασκηνωτής βρίσκεται κάτω από ιατρική αγωγή για τους παρακάτω λόγους:

Ως εκ τούτου, στην κατασκήνωση θα πρέπει να ακολουθήσει την εξής θεραπεία:

Φάρμακα που πρέπει να χρησιμοποιούνται στην κατασκήνωση (ονόματα, δοσολογία, συχνότητα):

Περιορισμοί στο διαιτολόγιο:

Διαγνωσμένες αλλεργίες (σε φάρμακα, τροφές κτλ.):

Προτεινόμενοι περιορισμοί στις κατασκηνωτικές δραστηριότητες:

Επιπρόσθετες χρήσιμες πληροφορίες για ιατρούς / νοσηλευτές:

Μετά από κατάλληλη ιατρική εξέταση και μελέτη του ιατρικού ιστορικού,
δηλώνω υπεύθυνα πως ο / η
μπορεί να λάβει μέρος ελεύθερα σε όλες τις κατασκηνωτικές δραστηριότητες (εκτός
από τους παραπάνω περιορισμούς).

Ονοματεπώνυμο ιατρού:

Τηλέφωνο:.....

.....
(Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού)

Άλλες επισημάνσεις για την εγγραφή:

Καταβολή οικονομικής συμμετοχής € _____

Συμμετοχή σε κατασκευαστικό πρόγραμμα ΟΑΕΔ:

Αριθμός επιταγής:.....

Όνοματεπώνυμο δικαιούχου:

ΑΦΜ δικαιούχου: ΑΜΚΑ δικαιούχου:

Α.Δ.Τ. δικαιούχου: Εκδούσα Αρχή: Ημερομηνία:/.../.....

Όνοματεπώνυμο ωφελουμένου:

ΑΜΚΑ ωφελουμένου:

Παρατηρήσεις αρχηγείου: