



«Κατασκήνωση στο Νυδρί!»

ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΛΕΥΚΑΔΟΣ & ΙΘΑΚΗΣ
Κέντρο Νεότητας
Ενορίας Νυδριού
&
Περιχώρων



Νυδρί, 18 - 21/6 + 26/8 2019. Τηλ. επικοινωνίας: 2645022415 (εξ.: 22) / 6974795265

Δελτίο συμμετοχής

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____
 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: _____
 ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΤΑΞΗ (το 2018-2019): _____
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ: Σταθερό: _____ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____
 Κινητό: _____

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

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 στο «Κατασκήνωση στην πόλη»
 που διοργανώνει το Κέντρο Νεότητας της Ι. Μ. Λευκάδος και Ιθάκης από 18 μέχρι 21 Ιουνίου και
 την 26^η Αυγούστου 2019 για αγόρια και κορίτσια Δημοτικού στο Κ.Ν. ενορίας Νυδριού και
 περιχώρων, με πρόγραμμα δημιουργικής απασχόλησης και εξορμήσεις στην περιοχή γύρω από το
 Νυδρί καθημερινά (9.00 π.μ. - 4.30 μ.μ.). Η άφιξη και η αποχώρηση του παιδιού θα γίνεται με
 δική μου ευθύνη.

Υπογραφή Κηδεμόνα



«Κατασκήνωση στο Νυδρί!»

ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΛΕΥΚΑΔΟΣ & ΊΘΑΚΗΣ

Κέντρο Νεότητας
Ενορίας Νυδριού
&
Περιχώρων



Νυδρί, 18 - 21/6 + 26/8 2019. Τηλ. επικοινωνίας: 2645022415 (εσ.: 22) / 6974795265

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ *

- 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; _____
- 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.);

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

Περιορισμοί στο διαιτολόγιο: _____

Διαγνωσμένες αλλεργίες (σε φάρμακα, τροφές κτλ.): _____

Προτεινόμενοι περιορισμοί στις δραστηριότητες: _____

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