ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Συμπληρώνετε ευκρινώς.
Όπου υπάρχει αστερίσκος (*) είναι υποχρεωτικό.

Περίοδος στην οποία επιθυμώ να συμμετάσχω*:
Ονοματεπώνυμο*:
Πατρώνυμο*:
Μητρώνυμο*:
Ημερομηνία Γέννησης*: _ _ / _ _ / _ _ _ _
Σχολική τάξη στην οποία θα φοιτήσω*:
Τηλέφωνο οικίας*:
Τηλ. εργασίας γονέων*:
Κινητό (εάν έχει το παιδί):
Κινητό γονέων*:
Διεύθυνση κατοικίας*:
Πόλη*:
E-mail:
E-mail γονέων*:
Ενορία:

Υπογραφή Κηδεμόνα*	Αριθμός Απόδειξης
Ονοματεπώνυμο ολογράφως	

ΕΝΑΡΞΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ: ΚΥΡΙΑΚΗ 30 ΜΑΪΟΥ 2026

Χρήσιμες πληροφορίες για το παιδί

(Να συμπληρωθεί με προσοχή από τους γονείς)

Παιδικές ασθένειες που έχει περάσει:
☐ Ιλαρά ☐ Παρωτίτιδα ☐ Ερυθρά ☐ Ανεμοβλογιά ☐ Οστρακιά
Σημειώστε αν έχει γίνει αντιτετανικό εμβόλιο. ΝΑΙ☐ ΟΧΙ☐
Αν Ναι, την ημερομηνία της τελευταίας επαναληπτικής δόσης > Ημερομηνία:
Αλλεργικές ευαισθησίες: ΝΑΙ☐ ΟΧΙ☐ , Αν Ναι τι είδους και σε τι;
Αλλεργία σε φάρμακα ή τροφές: ΝΑΙ☐ ΟΧΙ☐ , Αν Ναι Ναι σε ποια;
Έχει παρουσιάσει το παιδί σας κάτι από τα ακόλουθα;
Σπαστική Βρογχίτιδα ☐
Βρογχικό Άσθμα ☐
Σπασμούς☐
Επιληπτικό σύνδρομο☐
Για να φροντίσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο κάθε περιστατικό, που έχει σχέση με το παιδί σας, δώστε μας πληροφορίες που κρίνετε εσείς χρήσιμες και απαραίτητες (λ.χ. νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασίες, φοβίες κ.λπ.):

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΠΡΟΣΟΧΗ: Τυχόν φάρμακα παραδίδονται στους υπευθύνους της κατασκήνωσης

Για την εγγραφή και τη συμμετοχή στη κατασκήνωση ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ Βεβαίωση Ιατρού Παθολόγου (Ζητείται από τις αρμόδιες κρατικές αρχές). Το παρόν δελτίο έχει τον χαρακτήρα εμπιστευτικότητας και καταστρέφεται μετά το τέλος της κατασκηνωτικής περιόδου.