



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΚΔΡΟΜΗ

Ο/Η υπογεγραμμένος/μένη (Ονοματεπώνυμο γονέα)

..... γονέας / κηδεμόνας
του / της (Ονοματεπώνυμο παιδιού)

επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει μέρος στην **εκδρομή της Αγέλης του 19ου Συστήματος Ναύτοπροσκόπων Αθηνών** με Αρχηγό τον **Αλέξανδρο Νικόλη** που θα πραγματοποιηθεί στο προσκοπικό κέντρο **ΠΥ.ΒΑ** την περίοδο από **03 Ιανουαρίου έως και τις 04 Ιανουαρίου**.

Έχω ενημερωθεί ότι η μετακίνηση θα πραγματοποιηθεί με **αστική συγκοινωνία**.

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στο Ατομικό Δελτίο Υγείας του παιδιού μου, το οποίο έχω προσκομίσει στα Ενήλικα Στελέχη του Συστήματος, είναι απολύτως ακριβή και πως τα Ενήλικα Στελέχη δεν ευθύνονται για οτιδήποτε συμβεί στο παιδί μου ως απόρροια γεγονότος ή κατάστασης για την οποία, ενώ ήμουν γνώστης, δεν ενημέρωσα τον Αρχηγό.

Πληροφορίες Υγείας

Πάσχει από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια;

ΑΣΘΜΑ - ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ / ΑΛΛΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Λαμβάνει κάποια θεραπευτική αγωγή; Μπορεί η συγκεκριμένη αγωγή να χορηγηθεί από μη ειδικό;

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗ ΛΑΜΒΑΝΕΙ; ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΟ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟ ΝΑΙ / ΟΧΙ

Υποβλήθηκε σε πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις;

ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ / ΠΟΙΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΧΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ

Είναι ευαίσθητος/τη σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα;

ΑΝ ΝΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΜΟΡΦΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Έχει κάνει εμβόλια;

ΑΝ ΝΑΙ ΣΗΜΕΙΩΣΑΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ

Έχει ανάγκη κάποια ιδιαίτερη διατροφή ή δίαιτα; Υπάρχουν τροφές που δεν επιτρέπεται να λαμβάνει;

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ;

Κάνω γνωστά τα παρακάτω ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού μου:

- ☐ Όχι Συγκατατίθεμαι, εφόσον κριθεί απαραίτητο, να χορηγηθούν από τα Ενήλικα Στελέχη στο παιδί μου φάρμακα για συμπτωματική αντιμετώπιση απλών καταστάσεων (ήπια παυσίπονα, αντιπυρετικά, αποσυμφορητικά) ή κατόπιν ιατρικής οδηγίας περαιτέρω εξειδικευμένα.
- ☐ Ναι

Πρόσωπο επικοινωνίας σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης:

Όνοματεπώνυμο :

Συγγένεια :

Τηλέφωνο :

Πρόσωπο που θα παραλάβει το παιδί:

Όνοματεπώνυμο :

Συγγένεια :

Τηλέφωνο :

Ημερομηνία / /

Ο Δηλών Γονέας / Κηδεμόνας

.....

Υπογραφή