

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝ: / / Αγόρι Κορίτσι

ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΤΑΞΗ (που θα πάει):

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

πόλη / περιοχή - χωριό

Οδός & αριθμός

ταχ. Κώδικας

Τηλέφωνο: οικίας άλλο σταθερό κινητό

Ενορία:

Έχεις συμμετάσχει ξανά σε κατασκήνωση: Ναι Όχι

Αν ναι πότε; Σε ποια;

Σε ποιά περίοδο θέλεις να συμμετάσχεις:

Παίζεις κάποιο μουσικό όργανο; Ναι Όχι Αν ναι ποιο;

Τι σου αρέσει να κάνεις τον ελεύθερο χρόνο σου;

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: οικίας εργασίας κινητό

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΟΙΚΟΓ. ΙΑΤΡΟΥ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΚΙΝΗΤΟ:

Έχει ο κατασκηνωτής ιατροφαρμακευτική περίθαλψη; Ναι Όχι

Υπάρχει κάποιο πρόβλημα του κατασκηνωτή που πρέπει να γνωρίζουμε;

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ Ι. ΝΑΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΕΡΕΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Σε ποιά περίοδο θα συμμετάσχει:

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ Ι.Μ. ΘΗΒΩΝ και ΛΕΒΑΔΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:

.....
Συμπληρώνεται από τον γονέα κηδεμόνα σε περίπτωση ανηλίκων / μελετάται και ελέγχεται από τον γιατρό

1. Όταν κόβεσαι ή χτυπάς το αίμα σταματάει εύκολα; Ναι Όχι
2. Έχεις συχνά πονοκεφάλους; Ναι Όχι
3. Έχεις κάποιο πρόβλημα με τη γυμναστική; Ναι Όχι
Αν ναι, ποιο;.....
4. Είχες ποτέ τάση για λιποθυμία; Ναι Όχι
5. Έχεις λιποθυμήσει ποτέ; Ναι Όχι
6. Έχεις νοσηλευτεί ποτέ σε κάποιο νοσοκομείο; Ναι Όχι
7. Είχες ποτέ κάποιο πρόβλημα υγείας; Ναι Όχι
Αν ναι, ποιο;.....
8. Έχεις κάποιο πρόβλημα υγείας τώρα; Ναι Όχι
Αν ναι, ποιο;.....
Τι αγωγή παίρνεις;.....
9. Ποιες από τις παρακάτω παιδικές ασθένειες έχεις περάσει;
Ιλαρά..... Ανεμοβλογιά..... Ερυθρά..... Μαγουλάδες..... Κοκκύτη.....
10. Είχες ποτέ:
Ηπατίτιδα Α: Ναι Όχι Ηπατίτιδα Β: Ναι Όχι
Ηπατίτιδα C: Ναι Όχι
11. Έχεις κάνει Mantoux test; Ναι (Θετικό Αρνητικό) Όχι
12. Έχεις αλλεργία σε :
➤ Κάποιο φάρμακο; Αν ναι σε ποιο;.....
➤ Κάποιο φαγητό; Αν ναι σε ποιο;.....
➤ Οτιδήποτε άλλο; Αν ναι σε τι;.....

13. Αν πάσχεις σε κάτι από τα παρακάτω βάλε ✓ στο κουτάκι :

Συχνές Ωτίτιδες Υπέρταση Καρδιακό φύσημα

Αρθρίτιδες Δερματικά προβλήματα Διαβήτη

Άσθμα Λοιμώδη μονοπυρήνωση

14. Έχεις κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα για το οποίο συμβουλευτήκες ειδικό;

Όχι Ναι ποιο;.....

15. Έχεις κάποιο πρόβλημα με τον ύπνο σου; Ναι Όχι

Ποιό;.....

16. Πάσχεις από βραδινή ενούρηση; Ναι Όχι

17. Μήπως υπνοβατείς; Ναι Όχι

ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΠΙΘΑΝΟΥΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ.....
.....
.....

ΑΘΛΗΣΗ/ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ.....
.....
.....

ΑΛΛΟ.....
.....
.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ / ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ

Σήμερα στις (ημερ/νία) / / εξέτασα τον/την.....

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

Ως εκ τούτου:

Στην κατασκήνωση θα πρέπει να ακολουθήσει την ακόλουθη θεραπεία:.....

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

Απαραίτητο ιατρικά διαιτολόγιο ή τυχόν απαγορεύσεις:.....

Διαγνωσμένες αλλεργίες:.....

Προτεινόμενοι περιορισμοί στις δραστηριότητες της κατασκήνωσης:.....

Επιπρόσθετες χρήσιμες πληροφορίες για το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό της κατασκήνωσης:.....

Παρακαλούμε αναφέρετε τους εμβολιασμούς που έχουν διενεργηθεί:

Διφθ./Τετ./Κοκ. (DTP), Διφθ./Τετ. (TD), Πολυομυελίτιδας, Φυματίωσης (BCG),
Mantoux test (ημ/νία) / / Θετικό, Αρνητικό, Ιλαράς, Ερυθράς,
Παρωτίτιδας, Ηπατίτιδας Β

Μετά από κατάλληλη ιατρική εξέταση και μελέτη του ιατρικού ιστορικού, δηλώνω υπεύθυνα πως:
Ο/η μπορεί να συμμετάσχει σε όλες
τις δραστηριότητες της κατασκήνωσης (εκτός από τους περιορισμούς που αναγράφονται πιο πάνω).

Όνομ/μο ιατρού:..... Τηλ:..... Κινητό:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ