



ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΘΗΒΩΝ, ΛΕΒΑΔΕΙΑΣ & ΑΥΛΙΔΟΣ
ΝΕΑΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΠΑΡΝΑΣΣΟΥ 2023

ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΗ ΕΙΣΟΔΟ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο γονέα:

Γονέας του/της:

Στοιχεία επικοινωνίας:

e-mail:

Κινητό τηλέφωνο:.....

1. Έχει νοσήσει το παιδί σας από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον);

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχε το παιδί σας κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις τελευταίες 14 ημέρες;

• πυρετό ΝΑΙ ΟΧΙ

• έντονος βήχας ΝΑΙ ΟΧΙ

• αίσθημα κόπωσης ΝΑΙ ΟΧΙ

• μυαλγίες ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Έχετε στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον άτομο το οποίο το οποίο έχει νοσήσει με COVID-19; ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Έχει έρθει το παιδί σας σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες; ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Έχει έρθει το παιδί σας σε επαφή με προσωπικό υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές) το οποίο έχει νοσήσει με COVID-19; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή.

Ο/Η Δηλ.....(Υπογραφή)

***Το παρόν έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα/κηδεμόνα του παιδιού τρεις ή λιγότερες ημέρες πριν την έναρξη της κατασκηνωτικής περιόδου.**