



ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Λεωχάρους 2 - 10562 Αθήνα
e-mail: osyo@osyo.gr

Τηλ.Κέντρο : 210 3238339
FAX : 210 3238317

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ

Α΄ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 22/6 – 11/7/2019

Β΄ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 13/7 – 1/8/2019

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΓΕΝΝΗΣΗΣ:..... ΑΜΚΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΡΙΘΜΟΣ Τ.Κ.....

ΠΟΛΗ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΠΟΙΟΣ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΠΟΙΚ: 1. ΠΑΤΕΡΑΣ
2. ΜΗΤΕΡΑ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: 1. ΠΑΤΕΡΑΣ 2. ΜΗΤΕΡΑ

*** ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ή ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ. (ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΝΑ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ Η ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ).**

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ: 1. ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ 2. ΖΩΓΡΑΦΙΚΗ 3. ΜΟΥΣΙΚΗ

ΕΠΙΘΥΜΩ ΝΑ ΕΜΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΑΙΔΙΑ (ΙΔΙΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ & ΦΥΛΛΟΥ)

1. ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ

2. ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ

3. ΕΠΩΝΥΜΟ..... ΟΝΟΜΑ

4. ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ

5. ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ

ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ:

- ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ή ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.
- ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΣΤΟ ΥΠΟΙΚ.
- ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.
- * ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΔΕΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ & ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ
ΣΤΗ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ

Ο/Η Δηλ.....

Ημερομηνία .../.../2019

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

ΕΠΩΝΥΜΟ :..... ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: Α Β ΑΒ 0

Ο κατασκηνωτής έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες αρρώστιες;

ΙΛΑΡΑ	<input type="checkbox"/>	ΕΡΥΘΡΑ	<input type="checkbox"/>	ΚΟΚΙΤΗ	<input type="checkbox"/>
ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ	<input type="checkbox"/>	ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ	<input type="checkbox"/>	ΟΣΤΡΑΚΙΑ	<input type="checkbox"/>
ΒΡΧ. ΑΣΘΜΑ	<input type="checkbox"/>	ΣΠΑΣΤ. ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ	<input type="checkbox"/>		

Έχει περάσει κάποια άλλη σημαντική αρρώστια; Εάν ΝΑΙ ποιά:.....
.....

Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική αγωγή; Ναι Όχι

Εάν ΝΑΙ ποια, για ποιο χρονικό διάστημα και για ποιο λόγο:.....
.....
.....

Έχει κάνει προληπτικά εμβόλια και ποια:

.....
.....

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: Ναι Όχι

.....
.....
.....

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: Ναι Όχι

.....
.....

ΕΠΙΔΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: Ναι Όχι ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ: Ναι Όχι

ΝΥΧΤ. ΕΝΟΥΡΗΣΗ: Ναι Όχι ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ: Ναι Όχι

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ: Ναι Όχι

Οποιαδήποτε άλλη χρήσιμη πληροφορία για τον γιατρό της κατασκήνωσης:

.....
.....
.....
.....
.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι το πιο πάνω αναφερόμενο παιδί δεν πάσχει από κυκλοφοριακές ή δερματικές αρρώστιες και ότι η γενική κατάσταση της υγείας του, του επιτρέπει την κολύμβηση καθώς και τη συμμετοχή του στις άλλες αθλητικές δραστηριότητες προγραμματισμένες από το Αρχηγείο της κατασκήνωσης.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΙΑΤΡΟΥ &
ΣΤΟΙΧΕΙΑ