



ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Λεωχάρους 2 - 10562 Αθήνα
FAX : 210 3238317

Τηλ.Κέντρο : 210 3238339
e-mail : osyo@osyo.gr

Α Ι Τ Η Σ Η - Δ Η Λ Ω Σ Η

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΤΗΣ Ο.Σ.Υ.Ο.

Επώνυμο παιδιού: Κωδ. Φύλου: 1. Αγόρι
2. Κορίτσι
Όνομα παιδιού: Κωδ. Περιόδου: Α΄23/6 – 12/7/2018
Β΄14/7 – 2/8/2018
Ημερομηνία Γέννησης:
Όνομα Πατέρα: Τηλέφωνο Οικίας:
Επώνυμο Μητέρας: Τηλέφωνο Εργασίας:
Όνομα Μητέρας: Κινητό Τηλέφωνο:
Διεύθυνση κατοικίας: Αριθμός:
Πόλη: Τ.Κ.:

Λοιπά Στοιχεία

Μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί; ΝΑΙ ΟΧΙ
Χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ γιατί και ποιά;

Επιθυμεί να είναι σε ομάδα με φίλους; (Μόνο ίδιου φύλλου και ηλικίας) ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ΝΑΙ με ποιούς;

Ειδικά ενδιαφέροντα: 1.Αθλητισμός 2. Ζωγραφική 3. Μουσική
Ποιος εργάζεται στο ΥΠΟΙΚ; 1.Πατέρας 2.Μητέρα Υπηρεσία:

Ποιος έχει την επιμέλεια του παιδιού σε περίπτωση διάστασης ή διάζευξης των γονέων; 1.Πατέρας 2.Μητέρα

Μετά την συμπλήρωση της αίτησης, να κρατηθεί αντίγραφο του εντύπου από τον γονέα.

/ /2018

Υπογραφή Γονέα

ΠΡΟΣΟΧΗ!!! Με την αίτηση πρέπει να συνυποβληθούν:

1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, ή ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού.
2. Ατομικό πρόσφατο μηναίο εκκαθαριστικό μισθοδοσίας του γονέα - υπαλλήλου.
3. Βεβαίωση παιδίατρου (Συμπληρώνει την έντυπη φόρμα της αίτησης).
4. Δικαστική απόφαση από την οποία προκύπτει η επιμέλεια του παιδιού, σε περίπτωση διάστασης ή διάζευξης των γονέων.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

(Συμπληρώνεται από τον παιδίατρο που παρακολουθεί το παιδί).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ

Ο/Η κατασκηνωτής/τρια

1. Έχει κάνει ένεση ορού (ποιού, πότε);.....

2. Πάσχει από χρόνια πάθηση (σκωληκοειδίτιδα, αμυγδαλίτιδα, αναφυλαξία);

3. Έχει κάνει προληπτικά εμβόλια και ποιά;

4. Έχει περάσει στο παρελθόν τις αρρώστιες :

α. Ιλαρά ΝΑΙ ΟΧΙ β. Κοκίτη ΝΑΙ ΟΧΙ

γ. Παρωτίτιδα ΝΑΙ ΟΧΙ δ. Ανεμοβλογιά ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

1. Έχει άλλα ειδικά προβλήματα που πρέπει να ξέρει ο γιατρός (ψυχολογικά, νυχτερινή ενούρηση κ.τ.λ.)

2. Υπάρχει οτιδήποτε σχετικό με την υγεία του παιδιού που πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός (πρόσφατα τραύματα, αλλεργίες, αναπνευστικά, λήψη φαρμάκων κ.λ.π.)

3. Μπορεί να κάνει θαλάσσια μπάνια; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΙΑΤΡΟΥ
(Δ/νση-Τηλ. Ιατρείου)

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ

**ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΔΕΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΚΑΝΕΝΑ
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΙ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ