



Ιατρικό Δελτίο Κατασκηνωτή

Το ιατρικό δελτίο του κατασκηνωτή συμπληρώνεται, υπογράφεται και σφραγίζεται από το γιατρό και το γονέα, ένα μήνα πριν από την έναρξη της περιόδου συμμετοχής και παραδίδεται στο γραφείο της κατασκήνωσης με την εξόφληση.

**ΧΩΡΙΣ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ
ΔΕΝ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ**

Α' ΠΕΡΙΟΔΟΣ Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ Γ' ΠΕΡΙΟΔΟΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΑΜΚΑ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	Τ.Κ.	
Τηλέφωνα ανάγκης για το καλοκαίρι:			

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ	ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟΥ	ΠΛΗΡΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ:
	Αλλεργίες σε τροφές (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ): _____		
Αλλεργίες σε φάρμακα (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ): _____			
Άλλες αλλεργίες: _____			
Ορθοπεδικά προβλήματα: _____			
Έλλειψη G6PD: _____ Καρδιακό φύσημα: _____			
Ιστορικό σπασμών / επιληψίας / άσθματος: _____			
Άλλο χρόνιο νόσημα: _____			
Χρόνια φαρμακευτική αγωγή: _____			
Ιστορικό νοσηλειών / επεμβάσεων: _____			
Το παιδί εξετάστηκε από τον υπογράφοντα ιατρό και βρέθηκε υγιές και ικανό να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες εκτός από _____			

Ονοματεπώνυμο Ιατρού

Τηλέφωνο Ιατρού:

Σφραγίδα & υπογραφή Ιατρού

**Ημ/νία συμπλήρωσης
δελτίου**

Υπογραφή γονέα

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων, βάσει του κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 (GDPR), η Χ.Α.Ν.Θ. τηρεί πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων, για την οποία μπορείτε να ενημερωθείτε στο site μας: <https://ymca.gr/politiki-prostasia-prosopikon-dedomenon/>