



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 κατασκηνώσης με την εξόφληση.

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

Α' ΠΕΡΙΟΔΟΣ Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ Γ' ΠΕΡΙΟΔΟΣ Δ' ΠΕΡΙΟΔΟΣ

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

| | ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟΥ | ΠΛΗΡΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ: |
|--|---|--|--------------------------------|
| ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ | Αλλεργίες σε τροφές (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ): _____ | | |
| | Αλλεργίες σε φάρμακα (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ): _____ | | |
| | Άλλες αλλεργίες: _____ | | |
| | Ορθοπεδικά προβλήματα: _____ | | |
| | Αναπνευστικά προβλήματα: _____ | | |
| | Έλλειψη G6PD: _____ Καρδιακό φύσημα: _____ | | |
| | Ιστορικό σπασμών / επιληψίας / άσθματος: _____ | | |
| | Ιστορικό ιδιαίτερων προβλημάτων (νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία, φοβίες): _____ | | |
| | Άλλο χρόνια 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/>