

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ
ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ**

ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 6 ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (ΓΕΝΝΗΜΕΝΑ ΑΠΟ 01-01-2003 ΕΩΣ 31-12-2013)

(Παρακαλούμε να συμπληρωθεί με κεφαλαία γράμματα)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ: _____

Διεύθυνση Κατοικίας:

Περιοχή _____ Οδός _____ Αρ. _____ Τ. Κ. _____

Τηλ. Οικίας: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____ Ηλικία _____ Κορίτσι Αγόρι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ

(Παρακαλούμε να συμπληρωθεί με κεφαλαία γράμματα)

Οικογενειακό Εισόδημα Έτους 2018: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

α/α	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΣΧΕΣΗ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Τύπος Οικογένειας:

Μονογονεϊκή Τρίτεκνη Πολύτεκνη Αρ. Τέκνων

Κοινωνικά Χαρακτηριστικά:

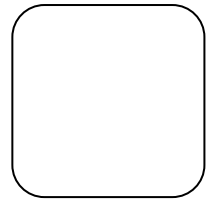
Άνεργος Πατέρας Μητέρα

Άλλα Κοινωνικά Χαρακτηριστικά: _____

Άτομο ΑΜΕΑ στην Οικογένεια: Γονέας Τέκνο

Ημερομηνία: _____

(Όνομα – Υπογραφή Κηδεμόνα)



Φωτογραφία παιδιού

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

(Απολύτως εμπιστευτικό - Παρακαλούμε να συμπληρωθεί σχολαστικά από τον οικογενειακό σας ή άλλο γιατρό)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ :

- Σωματικό βάρος (κατά προσέγγιση) : _____ kg
- Εμβόλια (έχουν γίνει κανονικά) ναι όχι έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο ναι όχι
- Έχει παρουσιάσει ποτέ κάτι από τα ακόλουθα :
 - Σπαστική βρογχίτιδα
 - Βρογχικό άσθμα
 - Σπασμούς Τι είδους - αιτιολογία : _____
 - Επιληπτική συνδρομή
 - Αλλεργία Τι είδους και σε τι : _____
 - Λιποθυμικές κρίσεις Αιτιολογία : _____
 - Ρινικές παθήσεις
 - Παθήσεις αυτιών
- Υπάρχει λόγος που απαγορεύεται να τρώει τα εξής φαγητά :

- Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15 λεπτά) ναι όχι
Εάν όχι, υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια : _____
- Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες :
Ιλαρά Ερυθρά Παρωτίτιδα Οστρακιά Ανεμοβλογιά Κοκκύτης
Άλλες σημαντικές ασθένειες : _____
- Υπάρχει νυχτερινή ενούρηση : ναι όχι
- Υπνοβατεί : ποτέ μερικές φορές συχνά
- Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική θεραπεία : ναι όχι
αιτία : _____
είδος φαρμάκων : _____
δοσολογία : _____ έναρξη της Θεραπείας : _____
Ιατρός που σύστησε τη θεραπεία : _____ τηλ. : _____
- Έχει ευαισθησία στον ήλιο : ναι όχι
- Υπάρχει πρόβλημα με το ένζυμο G6 PD : ναι όχι

Στοιχεία υπογράφοντος το έντυπο :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : _____

Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο : _____

Σχέση με το παιδί : _____

Ημερομηνία : _____

Υπογραφή γιατρού και σφραγίδα :
