

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ  
ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ  
ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 6 ΕΩΣ 16 ΕΤΩΝ (ΓΕΝΝΗΜΕΝΑ ΑΠΟ 01-01-2005 ΕΩΣ 31-12-2015)**

(Παρακαλούμε να συμπληρωθεί με κεφαλαία γράμματα)

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ:**

**ΑΜΚΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:**

**ΑΜΚΑ ΠΑΤΕΡΑ:**

**Διεύθυνση Κατοικίας:**

**Περιοχή:**

**Τ. Κ.:**

**Οδός:**

**Αρ.:**

**Τηλ. Οικίας:**

**Κινητό Τηλέφωνο:**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:**

**Ημερομηνία Γέννησης:**

**Ηλικία:**

**Κορίτσι:**

**Αγόρι:**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

(Παρακαλούμε να συμπληρωθεί με κεφαλαία γράμματα)

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**

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

**Τύπος Οικογένειας:**

**Μονογονεϊκή:**

**Τρίτεκνη:**

**Πολύτεκνη:**

**Αρ. Τέκνων:**

**Κοινωνικά Χαρακτηριστικά:**

**Ανεργος Πατέρας:**

**Ανεργη Μητέρα:**

**Ωφελούμενος ΚΕΑ:**

**Άλλα Κοινωνικά Χαρακτηριστικά:**

**Άτομο ΑΜΕΑ στην Οικογένεια:**

**Γονέας:**

**Τέκνο:**

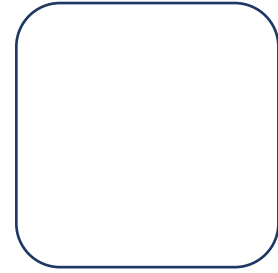
**Οικογενειακό Εισόδημα Έτους 2019:**

Ενημερώθηκα για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα του Δήμου Ηλιούπολης, η οποία βρίσκεται αναρτημένη στο site του Δήμου στην παρακάτω διεύθυνση: <https://ilioupoli.gr/services/gdpr>

Ενημερώθηκα ότι τα παραπάνω Προσωπικά Δεδομένα και τα συνημμένα Ευαίσθητα Δεδομένα Υγείας, θα μεταβιβαστούν στον Δήμο Λαυρεωτικής, για τον σκοπό της υλοποίησης του προγράμματος.

**Ημερομηνία:**

**Όνομα – Υπογραφή Κηδεμόνα)**



Φωτογραφία παιδιού

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

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

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

---

1. Σωματικό βάρος ( κατά προσέγγιση): \_\_\_\_\_ kg
2. Εμβόλια (έχουν γίνει κανονικά)  ναι  όχι
3. Έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο  ναι  όχι
4. 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
5. Υπάρχει λόγος που απαγορεύεται να τρώει τα εξής φαγητά:

---

---

---

---

6. Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα (15 λεπτά)  ναι  όχι

Εάν όχι, υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και ποια: \_\_\_\_\_

7. Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες παιδικές ασθένειες:

Ιλαρά  Ερυθρά  Παρωτίτιδα  Οστρακιά  Ανεμοβλογιά  Κοκκύτης

Άλλες σημαντικές ασθένειες: \_\_\_\_\_

8. Υπάρχει νυχτερινή ενούρηση:  ναι  όχι

9. Υπνοβατεί:  ποτέ  μερικές φορές  συχνά

10. Βρίσκεται υπό φαρμακευτική θεραπεία:

ναι  όχι

αιτία: \_\_\_\_\_

είδος φαρμάκων: \_\_\_\_\_

δοσολογία: \_\_\_\_\_

έναρξη της θεραπείας: \_\_\_\_\_

ιατρός που σύστησε τη θεραπεία: \_\_\_\_\_

τηλ.: \_\_\_\_\_

11. Έχει ευαισθησία στον ήλιο:

ναι  όχι

12. Υπάρχει πρόβλημα με το ένζυμο G6 PD:

ναι  όχι

13. Πάσχει από μεταδοτικά νοσήματα:

ναι  όχι

14. Η εν γένει κατάσταση της υγείας του επιτρέπει τη συμμετοχή του σε κατασκηνωτικό πρόγραμμα

ναι  όχι

Στοιχεία υπογράφοντος το έντυπο:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

Σχέση με το παιδί: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή γιατρού και σφραγίδα:

\_\_\_\_\_