Δράση ………………………………………………………….

Δήλωση Συμμετοχής

Εγώ ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ γονέας/κηδεμόνας του/της \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω ότι επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει μέρος στη δράση ………………………………… ………………………………………….. που θα πραγματοποιηθεί στις **26/04/2025\_26-27/04/2025** στη Λεμεσό και επισυνάπτω το ποσό των **€…..** που αναλογεί ως ποσό συμμετοχής στη δράση.

Για την ορθή ενημέρωση του Επιτελείου της δράσης όσον αφορά την υγεία του παιδιού μου αλλά και άλλα στοιχεία που αφορούν το χαρακτήρα του και θα βοηθήσουν τους Βαθμοφόρους κατά τη διάρκεια της, συμπληρώνω τις παρακάτω λεπτομέρειες : (οι πληροφορίες αυτές είναι άκρως εμπιστευτικές)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Α. ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ | | |
| Χορηγείται στο παιδί οποιαδήποτε ιατροφαρμακευτική αγωγή : (αν ναι σημειώστε τα ακριβή φάρμακα και δοσολογία) | | ΝΑΙ\_\_\_\_\_\_\_ Φάρμακο & Δοσολογία \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΟΧΙ\_\_\_\_\_\_ |
| Είναι το παιδί σας αλλεργικό ; | | Σε φάρμακα : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Σε τροφές; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Σε άλλα; (έντομα, φυτά, γύρη κλπ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Έχει οποιαδήποτε άλλα ιατρικά προβλήματα που χρειάζεται να αναφερθούν; | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Β. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ : | | |
| Επιτρέπετε στο παιδί σας να συμμετέχει στις δραστηριότητες της δράσης | | ΝΑΙ \_\_ ΟΧΙ \_\_ |
| Γ. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ : | | |
| Έχει οποιαδήποτε διατροφική ιδιαιτερότητα (πχ vegetarian); (Αν ναι, ποια;) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Υπάρχουν οποιεσδήποτε άλλες διαιτητικές ανάγκες ή προβλήματα; (Αν ναι ποια;) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Δ. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ και ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ : | | |
| Παρακαλώ σημειώστε οτιδήποτε άλλο νομίζετε ότι δεν έχει καλυφθεί από τα ανωτέρω και χρειάζεται να γνωρίζουν οι Βαθμοφόροι : | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ : | | |
| Όνομα Πατέρα : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Τηλέφωνο : . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Όνομα Μητέρας : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Τηλέφωνο : . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | |
| Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα που συμπλήρωσε την αίτηση : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ημερομηνία :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |