

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Εγώ ο Γονέας/Κηδεμόνας
επιτρέπω στο παιδί μου..... να
συμμετάσχει στο Κέντρο Προστασίας και Απασχόλησης παιδιών του Ιδρύματος
«Πολυδύναμο Κέντρο Στροβόλου».

Ώρες συμμετοχής του παιδιού στο πρόγραμμα:.....

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στη Βεβαίωση Κατάστασης Υγείας
του παιδιού μου είναι απολύτως ακριβή.

Τέλος κάνω γνωστά στο προσωπικό του Κέντρου τα παρακάτω ιδιαίτερα
χαρακτηριστικά σε σχέση με το χαρακτήρα και τη συμπεριφορά του παιδιού
μου
.....
.....
.....

Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης ειδοποιήσατε τον/την.....

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ:ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(Α):.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

Ο ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ ΓΟΝΕΑΣ

.....
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑ)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Ο.....του.....
(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ) (ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ)

διεύθυνσητηλέφωνο(α).....
(ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ-ΠΕΡΙΟΧΗ-Τ.Κ.)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πάσχει/έπασχε από.....
(ΑΣΘΜΑ-ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΔΙΑΒΗΤΗΣ-ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ)

Κουράζεται εύκολα; Λαχανιάζει εύκολα;.....

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία χρόνια; Αν ναι ποια;.....

Πάσχει από κάποια μεταδοτική ασθένεια Αν ναι ποια

Χρειάζεται κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα; Αν ναι ποια;.....

Λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή λεπτομέρειες.....

Υπέστη πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις; Αν ναι ποια;

Είναι ευαίσθητος/η σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα; Υποδείξτε σε ποια.

Έκανε εμβόλια; Επισυνάψτε αντίγραφο των σχετικών σελίδων του βιβλιαρίου.....

Έχει ανάγκη ιδιαίτερη μεταχείριση, διαίτα ή άλλη προσοχή; Αν ναι ποιας;

Επιτρέπεται η συμμετοχή του/της.....

.....
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟ)

.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ