

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΞΟΧΗΣ DELPHICAMP



Παρακαλούμε να μας αποστείλετε ένα **ιατρικό δελτίο** για κάθε παιδί και το **δελτίο κατασκηνωτή** υπογεγραμμένα με email στο info@delphicamp.gr ή με viber στο 6907646062

Όνοματεπώνυμο κατασκηνωτή:	
Σωματικό βάρος:	

1	Ποιες παιδικές ασθένειες έχει περάσει ο κατασκηνωτής; <input type="checkbox"/> Ιλαρά <input type="checkbox"/> Ανεμοβλογιά <input type="checkbox"/> Παρωτίτιδα <input type="checkbox"/> Οστρακιά <input type="checkbox"/> Ερυθρά <input type="checkbox"/> Κοκίτη Άλλη:
2	Τα εμβόλια έχουν γίνει κανονικά; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Εάν ΟΧΙ, ποια δεν έχουν γίνει και γιατί:
3	Σημειώστε αν έχει κάνει εμβόλιο τετάνου και την ημερομηνία της τελευταίας επαναληπτικής δόσης: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
4	Έχει παρουσιάσει ποτέ: ▪ Αναπνευστικό πρόβλημα ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Υπνοβασία ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ▪ Αλλεργία ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Επιληπτική συνδρομή ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Εάν ΝΑΙ, διευκρινίστε <input type="checkbox"/> Νυχτερινή ενούρηση ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ▪ Ρινορραγία ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Έλλειψη ενζύμου ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
5	Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική αγωγή; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Εάν ΝΑΙ, ποια η αιτία: Ποια τα φάρμακα: Δοσολογία: Διάρκεια: Εάν ο κατασκηνωτής πάσχει από κάποια ασθένεια ή παίρνει φαρμακευτική αγωγή κατά την έναρξη της κατασκηνωτικής περιόδου θα πρέπει να το δηλώσει εκ των προτέρων.
6	Γνωρίζει κολύμπι; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Ξέρει μόνο να επιπλέει <input type="checkbox"/>
7	Υπάρχει οτιδήποτε σχετικό με την υγεία του παιδιού που θα πρέπει να γνωρίζει η Παιδική Εξοχή;
8	Όνομα και τηλέφωνο οικογενειακού ιατρού / παιδίατρου: <i>Η κατασκήνωση σε ενδεχόμενη ασθένεια ή ατύχημα παρέχει πρώτες βοήθειες. Δαπάνη για φάρμακα και κλινική νοσηλεία βαρύνει τον κατασκηνωτή.</i>

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο υπογράφων κηδεμόνας του/της πιο πάνω κατασκηνωτή/τριας δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Επιτρέπω να συμμετέχει το παιδί μου στα προγράμματα υπαίθριων, αθλητικών & κολυμβητικών δραστηριοτήτων που διοργανώνονται στην Παιδική Εξοχή. Η γενική κατάσταση της υγείας του/της, του/της επιτρέπει την κολύμβηση στις πισίνες της κατασκήνωσης και στη θάλασσα, καθώς και τη συμμετοχή σε υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες.
- Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.
- Η συλλογή των παραπάνω στοιχείων αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ομαλή οργάνωση και λειτουργία της κατασκήνωσης. Πρόσβαση σε αυτά έχουν μόνο η διοίκηση και το ιατρικό προσωπικό της επιχείρησης. Δεν κοινοποιούνται πουθενά, είναι απολύτως εμπιστευτικά και θα διατηρηθούν στις απόλυτα προστατευμένες και ελεγχόμενες εγκαταστάσεις της επιχείρησης. Ως διάρκεια αποθήκευσης ορίζεται το τέλος της καλοκαιρινής περιόδου. Έχετε τη δυνατότητα ανά πάσα στιγμή να επικαιροποιήσετε τα δεδομένα και εφόσον έχει ολοκληρωθεί και εξοφληθεί η διαμονή του παιδιού σας στην κατασκήνωση να ζητήσετε την διαγραφή τους με αίτηση σας στο γραφείο της επιχείρησης. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε αντίγραφο των παραπάνω δεδομένων με αίτηση σας στο γραφείο της επιχείρησης. Έχετε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας ενώπιον της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (dpa.gr) Εάν θέλετε να δείτε την πολιτική προστασίας προσωπικών δεδομένων της επιχείρησης μας, επισκεφτείτε το site μας www.delphicamp.gr.

Όνοματεπώνυμο κηδεμόνα/γονέα:	
Ημερομηνία:	Υπογραφή:

Ευχαριστούμε!