

ΑΙΤΗΣΗ & ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΣΤΡΟΦΥΛΑΚΕΣ»
(14/8 – 28/8)



Παρακαλούμε να υπογραφεί και να επιστραφεί στη Γραμματεία της Παιδικής Εξοχής DELPHICAMP μέχρι και την 30/7 με email στο: info@delphicamp.gr.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ				
ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ			ΟΝΟΜΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ	
ΗΛΙΚΙΑ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		ΦΥΛΟ	
			ΑΓΟΡΙ <input type="checkbox"/> ΚΟΡΙΤΣΙ <input type="checkbox"/>	
ΟΝΟΜΑ & ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ			ΟΝΟΜΑ & ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ.	ΠΟΛΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ
ΚΙΝΗΤΟ ΠΑΤΕΡΑ			EMAIL ΠΑΤΕΡΑ	
ΚΙΝΗΤΟ ΜΗΤΕΡΑΣ			EMAIL ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ			EMAIL ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ	

Επιθυμώ να μου στέλνετε ενημερωτικά έντυπα, email ή sms

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος /η αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους παρακάτω κανονισμούς και τις υποχρεώσεις:

Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα «Αστροφύλακες» είναι υποχρεωμένοι:

- Να ακολουθούν το ημερήσιο πρόγραμμα, όπως αυτό έχει οριστεί από τον Αρχηγό, καθώς και τον κανονισμό της Παιδικής Εξοχής.
- Να σέβονται και να φροντίζουν τις εγκαταστάσεις και την περιουσία της κατασκήνωσης.
- Να υπακούν στους Ομαδάρχες, Κοινοτάρχες, Αρχηγό.
- Να βρίσκονται πάντα σε τάξη και να μην προκαλούν προβλήματα στην καλή λειτουργία της κατασκήνωσης.

Η Παιδική Εξοχή διατηρεί το δικαίωμα να απομακρύνει οποιονδήποτε θεωρεί ότι βλάπτει την καλή λειτουργία της κατασκήνωσης την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος και την υγεία των κατασκηνωτών και του προσωπικού.

- Το αλκοόλ και το κάπνισμα απαγορεύονται ρητά.
- Απαγορεύονται τα αιχμηρά και τα πολύτιμα αντικείμενα.

Η κατασκήνωση δεν φέρει καμία ευθύνη για την απώλεια πολύτιμων αντικειμένων.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΞΟΧΗΣ

Όνομα κατασκηνωτή:
Σωματικό βάρος:

Ποιες παιδικές ασθένειες έχει περάσει ο κατασκηνωτής;

Ιλαρά		Οστρακιά	
Παρωτίτιδα		Κοκίτης	
Ερυθρά		Άλλη:	
Ανεμοβλογιά			

Σημειώστε αν έχει κάνει εμβόλιο τετάνου και την ημερομηνία της τελευταίας επαναληπτικής δόσης: ΝΑΙ ΟΧΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Έχει παρουσιάσει ποτέ:

Αναπνευστικό πρόβλημα	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Αλλεργία	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ διευκρινίστε:	
Ρινορραγία	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Υπνοβασία	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Επιληπτική συνδρομή	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Νυχτερινή ενούρηση	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Έλλειψη ενζύμου	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Βρίσκεται τώρα υπό φαρμακευτική αγωγή; ΝΑΙ ΟΧΙ

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.

Γνωρίζει κολύμπι; ΝΑΙ ΟΧΙ Ξέρει μόνο να επιπλέει

Υπάρχει οτιδήποτε σχετικό με την υγεία του παιδιού που θα πρέπει να γνωρίζει η κατασκήνωση;

Όνομα οικογενειακού ιατρού / παιδιάτρου:
Τηλέφωνο οικογενειακού ιατρού / παιδιάτρου:

Η κατασκήνωση σε ενδεχόμενη ασθένεια ή ατύχημα παρέχει πρώτες βοήθειες. Δαπάνη για φάρμακα και κλινική νοσηλεία βαρύνει τον κατασκηνωτή.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο υπογράφων κηδεμόνας του αναγραφόμενου κατασκηνωτή κατασκηνώτριας 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, του επιτρέπει την κολύμβηση στις πισίνες της κατασκήνωσης και στη θάλασσα, καθώς και τη συμμετοχή σε υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες.
- Έχω λάβει γνώση για την απαγόρευση κινητών και άλλων ηλεκτρονικών συσκευών στο χώρο της κατασκήνωσης και για το ότι η κατασκήνωση δεν έχει ευθύνη για την κυριότητα αυτών των συσκευών και για την απώλεια των προσωπικών τους αντικειμένων.
- Η κατασκήνωση μπορεί να παρουσιάσει στελέχη ή κατασκηνωτές στην ιστοσελίδα ή το φυλλάδιο της σε φωτογραφικό υλικό ή video σχετικά με την κατασκηνωτική ζωή εκτός εάν τα στελέχη, τα παιδιά ή οι γονείς έχουν γραπτώς αρνηθεί.
- Το επισκεπτήριο είναι αυστηρά τις ημέρες που αναγράφονται στο πρόγραμμα.
- Έχω λάβει γνώση των όρων του Ταμείου, ότι το παιδί απαγορεύεται να μείνει εκτός κατασκήνωσης καθ' όλη την διάρκεια της κατασκηνωτικής περιόδου.
- Έχω λάβει γνώση και αποδέχομαι τους ορούς λειτουργίας και τον κανονισμό της Παιδικής Εξοχής DELPHICAMP.
- Τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.
- Ενημερώθηκα για το ακόλουθο: Η συλλογή των παραπάνω στοιχείων αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ομαλή οργάνωση και λειτουργία της κατασκήνωσης. Πρόσβαση σε αυτά έχουν μόνο η διοίκηση, το και το λογιστήριο της επιχείρησης. Δεν κοινοποιούνται πουθενά, είναι απολύτως εμπιστευτικά και θα διατηρηθούν στις απόλυτα προστατευμένες και ελεγχόμενες εγκαταστάσεις της επιχείρησης. Ως διάρκεια αποθήκευσης ορίζονται τα 2 έτη από την ημερομηνία συμπλήρωσης της αίτησης και εφόσον έχει εξοφληθεί η διαμονή του παιδιού από τον ασφαλιστικό του φορέα. 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.

.....
Όνομα κατασκηνωτή

.....
Όνομα γονέα

.....
Υπογραφή κατασκηνωτή

.....
Υπογραφή γονέα

Ημερομηνία/...../20.....