

Προσκοπική Καλοκαιρινή Κατασκήνωση – Κάλυμνος 2018

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

Επικοινωνούμε ξανά μαζί σας για το θέμα της καλοκαιρινής μας κατασκήνωσης. Μετά την προκαταρκτική δήλωση που σας δόθηκε τον περασμένο Δεκέμβριο, πλέον είμαστε έτοιμοι για την επίσημη δήλωση συμμετοχής που είναι δεσμευτική.

Μαζί με την δήλωση συμμετοχής σας δίνουμε και το ενημερωτικό βιβλιαράκι της κατασκήνωσης που περιλαμβάνει όλες τις σημαντικές πληροφορίες καθώς και το ενδεικτικό ημερήσιο πρόγραμμα.

Με Προσκοπικούς χαιρετισμούς,

Οι βαθμοφόροι,

275 Σ.Α/Π Λακατάμιας και 282 Σ.Π Ταμασσού.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο Γονέας του/της επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει μέρος στη Κατασκήνωση της **ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ /ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΝΙΧΝΕΥΤΩΝ** του 282^{ου} Σ.Π Ταμασσού μαζί με το 275^ο Σ.Α/Π Λακατάμιας, η οποία θα πραγματοποιηθεί την περίοδο τέλη Ιουνίου με αρχές Ιουλίου στον προσκοπικό Κατασκηνωτικό Χώρο της Ψερίμου στην Κάλυμνο.

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην Βεβαίωση Κατάστασης Υγείας του παιδιού μου είναι απολύτως ακριβή και πως οι Βαθμοφόροι δεν ευθύνονται για κάτι που τυχόν πάθει και για το οποίο ενώ ήμουν γνώστης, δεν ενημέρωσα τον Αρχηγό.

Τέλος κάνω γνωστά στον Αρχηγό τα παρακάτω ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού μου σχετικά με την συμπεριφορά και τον χαρακτήρα του:.....

Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης ειδοποιήσατε: ΟΝΟΜ/ΜΟ:..... ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ(Α):.....

Μαζί με την δήλωση συμμετοχής επισυνάπτω το ποσό των..... ευρώ για την συμμετοχή του παιδιού μου στην Κατασκήνωση.

Α' δόση: 100€

Β' δόση: 100€

Γ' δόση: 150€

Δ' δόση: 100€

Ο ΔΗΛΩΝ ΓΟΝΕΑΣ

Ποσό με έκπτωση λόγω αδέλφια:€

.....
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑ)

* ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Του..... του..... διεύθυνση.....

(ΠΡΟΣΚΟΠΟΣ) - (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

(ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ)

(ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ - ΠΕΡΙΟΧΗ - Τ.Κ.)

τηλέφωνο(α)..... Αριθμ. Τρυλοτύπου Εγγραφής

* ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πάσχει/Επασχε από.....

(ΑΣΘΜΑ - ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΥΤΙΩΝ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ κλπ.)

Κουράζεται εύκολα; - Λαχανιάζει εύκολα;.....

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια;.....

(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Χρειάζεται κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα;.....

(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Υπέστη πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις;.....

(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Είναι ευαίσθητος/τη σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα;.....

(ΑΝ ΝΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΜΟΡΦΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΦΑΡΜΑΚΟ)

Έκανε εμβόλια (σημειώσατε ημερομηνίες); ΤΕΤΑΝΟΥ..... ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΟΣ ΑΛΛΑ

Έχει ανάγκη ιδιαίτερη μεταχείριση, δίαιτα ή άλλη προσοχή;.....

(ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑΣ)

Επιτρέπεται η συμμετοχή του/της.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΟΙΚΟΓΕΝ. ΓΙΑΤΡΟΥ - ΤΗΛΕΦΩΝΟ)

*Να συμπληρωθεί σε περίπτωση που δεν έχει δοθεί κατά την φετινή εγγραφή