

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ 2014

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜ:

ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΟΣ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΕΝΟΡΙΑ:

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2013-2014:

Ο ΙΕΡΕΥΣ:

(Υπογραφή)

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ:

(Υπογραφή)

Οι Εγγραφές πραγματοποιούνται
στο βιβλιοπωλείο ΛΥΧΝΟΣ
Διεύθυνση Κ. Καρτάλη 160
ΤΗΛ: 2421032916

Χρήσιμες Πληροφορίες για το ΠΑΙΔΙ

(Να συμπληρωθεί από τους γονείς)

Έχει παρουσιάσει το παιδί σας κάτι από τα ακόλουθα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

1. Σπαστική Βρογχίτιδα

2. Βρογχικό Άσθμα

3. Σπασμούς

Εάν ΝΑΙ, τι είδους;

4. Επιληπτικό Σύνδρομο

5. Αλλεργία

Εάν ΝΑΙ, τι είδους και σε τι;

6. Αλλεργία σε φάρμακα

Εάν ΝΑΙ, σε ποια;

7. Έχει κάνει πρόσφατα αντιτετανικό εμβόλιο;

Εάν ΝΑΙ, πότε;

8. Αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχολογικής φύσης;

(π.χ. νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασία, φοβίες, κ.λ.π.).....

ΠΡΟΣΟΧΗ: Τυχόν φάρμακα παραδίδονται

στους υπευθύνους της κατασκήνωσης