

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΣΤΙΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ 2011

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΔΟΣ:

ΑΡΙΘΜ:

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΕΝΟΡΙΑ:

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 20010-11:

Ο ΙΕΡΕΥΣ:

(Υπογραφή)

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ:

(Υπογραφή)

Η Αίτηση να επιστραφεί συμπληρωμένη στην Ενορία σας
ή στο Πνευματικό Κέντρο της Ι. Μητροπόλεως Δημητριάδος
Κ. Καρτάλη & Α. Γαζή - Βόλος

Τηλ.: 24210 28833 κα Αιμιλία Γεωργακοπούλου

Χρήσιμες Πληροφορίες για το ΠΑΙΔΙ

(Να συμπληρωθεί από τους γονείς)

Έχει παρουσιάσει το παιδί σας κάτι από τα ακόλουθα;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Σπαστική Βρογχίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Βρογχικό Άσθμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Σπασμούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν ΝΑΙ, τι είδους;		
.....		
4. Επιληπτικό Σύνδρομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν ΝΑΙ, τι είδους και σε τι;		
.....		
6. Αλλεργία σε φάρμακα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν ΝΑΙ, σε ποια;		
.....		
7. Έχει κάνει πρόσφατα αντιτετανικό εμβόλιο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν ΝΑΙ, τότε;		
.....		
8. Αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχολογικής φύσης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(π.χ. νυχτερινή ενούρηση,		
υπνοβασία, φοβίες, κ.λπ.)		



ΠΡΟΣΟΧΗ: Τυχόν φάρμακα παραδίδονται στους υπευθύνους της κατασκήνωσης

