

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ 2013

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΔΟΣ:

ΑΡΙΘΜ:

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΕΝΟΡΙΑ:

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2012-13:

Ο ΙΕΡΕΥΣ:

(Υπογραφή)

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ:

(Υπογραφή)

Η Αίτηση να επιστραφεί συμπληρωμένη
Σύμφωνα με τις ώρες των καταστημάτων στο βιβλιοπωλείο **ΛΥΧΝΟΣ**
ΤΗΛ. 2421032916 και διεύθυνση Κ. Καρτάλη 160

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, πότε;

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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