

ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Ονοματεπώνυμο*:

Πατρώνυμο*:

Μητρώνυμο*:

Ημερομηνία Γέννησης*: __/__/____ Σχολική Τάξη που τελειώνει*:

Τηλέφωνο οικίας*:

Τηλ. κινητό πατέρα*:

Τηλ. κινητό μητέρας*:

Κινητό παιδιού (αν έχει):

Διεύθυνση κατοικίας*:

Πόλη*:

Facebook:

Instagram:

>>> ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΜΕ ΠΡΟΣΟΧΗ <<<

* Όλα τα παιδιά που θα συμμετάσχουν στις κατασκηνωτικές περιόδους, θα είναι ασφαλισμένα σε **Ιδιωτική Ασφαλιστική Εταιρία**. Η Κατασκήνωση προκρίνει με σαφήνεια και διαφάνεια τους όρους και τις προϋποθέσεις για την ασφαλή και νόμιμη επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του/της αιτούντος/αιτούσης. Τα προσωπικά δεδομένα που επεξεργαζόμαστε είναι τα απλά όπως ονοματεπώνυμο, διεύθυνση κατοικίας, οδός, αριθμός, τηλέφωνα, email, ημερομηνία γέννησης και ειδικής κατηγορίας προσωπικά δεδομένα: ευαίσθητα: ιατρικό ιστορικό, πιστοποιητικό υγείας και φωτογραφίες/βίντεο.

*** Με την υπογραφή σας: α) δηλώνεται υπεύθυνα** ότι συμφωνείτε με τη χρήση των προσωπικών σας στοιχείων και του παιδιού σας, για τις τρέχουσες ανάγκες της κατασκήνωσης από το αρχηγείο και το ιατρικό επιτελείο σύμφωνα με την νέα ισχύουσα νομοθεσία του **Γενικού Ευρωπαϊκού Κανονισμού για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)** και **β) παρέχετε ελεύθερα την απαραίτητη για εμάς συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία αυτών** από τους υπευθύνους της Ιεράς Μητροπόλεως. Η κατασκήνωσή μας προτίθεται να λαμβάνει και να διατηρεί αναμνηστικές φωτογραφίες και βίντεο των κατασκηνοωτών/τριών, στελεχών, ομαδάρχων, τρίτων συνεργατών από δράσεις και εκπαιδευτικές, αθλητικές, πολιτιστικές και άλλες δραστηριότητες της κατασκήνωσης. Οι φωτογραφίες και τα βίντεο είναι δυνατόν να αναρτηθούν στο blog της κατασκήνωσης (agioslaurentios.blogspot.gr) ή / και να δημοσιευθούν στα κοινωνικά δίκτυα (πχ. Facebook, Instagram κτλ.) του Γραφείου Νεότητας ή / και στην ιστοσελίδα της Ιεράς Μητροπόλεως Δημητριάδος (imd.gr).

Υπογραφή ΚΗΔΕΜΟΝΑ*

**ΑΡΙΘΜΟΣ
ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ**

Ονοματεπώνυμο ολογράφως

Χρήσιμες Πληροφορίες για το ΠΑΙΔΙ *

(*Να συμπληρωθεί με προσοχή από τους γονείς)

Παιδικές ασθένειες που έχει περάσει:

☐ Ιλαρά ☐ Παρωτίτιδα ☐ Ερυθρά ☐ Ανεμοβλογιά ☐ Οστρακιά

Σημειώστε αν έχει γίνει αντιτετανικό εμβόλιο. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν Ναι, την ημερομηνία της τελευταίας επαναληπτικής δόσης > Ημερομηνία:

Αλλεργικές ευαισθησίες: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐, Αν Ναι, τι είδους και σε τι;

Αλλεργία σε φάρμακα: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐, Αν Ναι, σε ποια;

Έχει παρουσιάσει το παιδί σας κάτι από τα ακόλουθα:

Σπαστική Βρογχίτιδα ☐

Βρογχικό Άσθμα ☐

Σπασμούς ☐

Επιληπτικό σύνδρομο ☐

Για να φροντίσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο κάθε περιστατικό, που έχει σχέση με το παιδί σας, δώστε μας πληροφορίες που κρίνετε εσείς χρήσιμες και απαραίτητες (νυχτερινή ενούρηση, υπνοβασίες, φοβίες κλπ):

Έχει νοσήσει από Covid-19 το τελευταίο εξάμηνο;

ΟΧΙ ☐

ΝΑΙ ☐ (ημ/νία τελευταίας διάγνωσης)

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΠΡΟΣΟΧΗ: Τυχόν φάρμακα παραδίδονται στους υπευθύνους της κατασκήνωσης

Για την εγγραφή και τη συμμετοχή στην Κατασκήνωση **ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ**
Βεβαίωση Ιατρού Παθολόγου