

**Ειδικά Προγράμματα**

**Θερινά 2023**

**ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ**

\_\_\_\_\_\_\_ υπογραφ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ασκών/ούσα την επιμέλεια γονέας/κηδεμόνας του/της \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου, με ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα υγείας, μπορεί να συμμετέχει στα Θερινά Προγράμματα 2023 του Ελληνοαμερικανικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και να γυμνάζεται ελεύθερα, λαμβάνοντας μέρος σε όλα τα αθλήματα του προγράμματος στο οποίο έχει εγγραφεί.

Το παιδί έχει πρόσφατα εξεταστεί από τον/την ιατρό κ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (διεύθυνση ιατρείου) τηλ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ο οποίος/η οποία μας έχει βεβαιώσει για την καλή υγεία του.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλέφωνο & email μητέρας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Τηλέφωνο & email πατέρα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** | **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** |
| Έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο (DTP ή DTaP) την τελευταία πενταετία; |  |  | Ημερομηνία τελευταίας δόσης: |
| Έχουν γίνει όλα τα προβλεπόμενα εμβόλια; |  |  |  |
| Ιδιαίτερες Παρατηρήσεις/Αλλεργίες: | | | |

**Σε περίπτωση πιθανής έντονης αλλεργικής αντίδρασης ή άλλου πιθανού έκτακτου περιστατικού (με βάση το ιστορικό του):**

επισυνάπτω αντίγραφο ιατρικών οδηγιών (πλάνο αντιμετώπισης) υπογεγραμμένο από τον θεράποντα ιατρό και αποστέλλω μέσα στην τσάντα του παιδιού τα προβλεπόμενα φάρμακα.

*Παρακαλούνται οι γονείς των παιδιών με οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας να ενημερώσουν το ιατρείο κατά την έναρξη των Θερινών Προγραμμάτων 2023, είτε με φυσική παρουσία στα ιατρεία Λατσείου και Κολυμβητηρίου, είτε με τηλεφωνική επικοινωνία στα τηλέφωνα 210-6745901, 210-6041636.*

Την παρούσα δήλωση, με συνημμένο σε αυτή ιατρικό έγγραφο/ιατρικές οδηγίες (*εφόσον αυτό προσκομιστεί από το γονέα*), παραδίδω στη γραμματεία των Ειδικών Προγραμμάτων κατά την εγγραφή του παιδιού μου στο Πρόγραμμα και δίνω τη συγκατάθεσή μου όπως αυτή διατηρηθεί και χρησιμοποιηθεί από την Υπηρεσία των Ειδικών Προγραμμάτων (στο Ψυχικό και στο Λάτσειο Διδακτήριο στην Κάντζα) και την Ιατρική Υπηρεσία του Ε.Ε.Ι. (ιατρό και νοσηλεύτρια) κατά τη διάρκεια του Προγράμματος, όπως επίσης τους αρμόδιους εκπαιδευτές που διεξάγουν το πρόγραμμα των Θερινών Προγραμμάτων. Επίσης, δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι να κοινοποιηθούν τα ιατρικά δεδομένα του παιδιού μου, που δηλώνω με την παρούσα, στους υπαλλήλους κυλικείου ή τραπεζαρίας.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_