

### Ιατρική Βεβαίωση

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός .....  
εξέτασα σήμερα, την .... / .... / 2024 (ημερομηνία) την /τον  
..... και **βεβαιώνω ότι δύναται να λάβει**  
μέρος στην κατασκήνωση, καθώς:

1. Δεν πάσχει από μεταδοτικά και από ψυχονευρωτικά νοσήματα (σύμφωνα με το άρθρο 1, παρ. 3,4 Ν. 749/48, ως ισχύει),
2. Δεν πάσχει από κάποιο παθολογικό νόσημα που να απαγορεύει τις αθλητικές δραστηριότητες (συμπ. το μπάνιο στην θάλασσα και την πισίνα),
3. Έχει εμβολιαστεί σύμφωνα με τις ισχύουσες εθνικές διατάξεις υποχρεωτικού εμβολιασμού.
4. Έχει ελεγχθεί το βιβλιάριο υγείας του/της, το οποίο επισυνάπτεται στο παρόν.
5. Καλύπτεται από αντιτετανικό εμβόλιο που χορηγήθηκε στις .....

...../ ...../ .....

Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού

**Χρήσιμες Ιατρικές Πληροφορίες<sup>1</sup>**  
**Υπεύθυνη Δήλωση Ιατρικού Ιστορικού**

Ο/ Η .....

με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>2</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω τα ακόλουθα:

**A.**

**Γενικά Στοιχεία Παιδιού**

Πλήρες Όνομα:

Ηλικία:

Ύψος:

Βάρος:

Εμβολιασμός (σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα):

**Τωρινές Παθήσεις<sup>3</sup>**

Σακχαρώδης Διαβήτης:

Άσθμα :

Άλλο:

**Αλλεργίες**

Αλλεργίες σε φάρμακα:

Αλλεργίες σε τρόφιμα:

---

<sup>1</sup> Όλα τα στοιχεία παρέχονται από τους γονείς και αποσκοπούν στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της κατασκήνωσης με σκοπό την καλύτερη παροχή φροντίδας στο παιδί σας κατά τη διάρκεια της παραμονής του σε αυτή.

Δεν διαβιβάζονται σε τρίτους, δεν κοινοποιούνται, δεν αποθηκεύονται για χρόνο μεγαλύτερο της παραμονής του παιδιού στην κατασκήνωση και δεν χρησιμοποιούνται για σκοπό που δεν άπτεται της τυχόν περίθαλψης και φροντίδας του.

Η κατασκήνωση λειτουργεί σύννομα και σύμφωνα με όλα τα οριζόμενα στον νόμο για την προστασία των προσωπικών δεδομένων που επεξεργάζεται.

<sup>2</sup> Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

<sup>3</sup> Σημειώνεται ότι σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. Θ' της ΥΑ Δ22/οικ.37641/1450, η Κατασκήνωσή μας διαθέτει ιατρείο και χώρο βραχείας νοσηλείας. Ως εκ τούτου, αδυνατεί να δεχθεί παιδιά με παθήσεις, που δεν μπορεί να διαχειριστεί.

Άλλες αλλεργίες:

### Χρήσιμες/ Απαραίτητες Πληροφορίες

Έχει νυχτερινή ενούρηση:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Υπνοβατεί:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Έχει δυσανεξία στην γλουτένη:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Έχει δυσανεξία στην λακτόζη:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Γνωρίζει κολύμπι:

Καλά

Μέτρια

Με υποστήριξη

Δεν γνωρίζει κολύμπι

Άλλο:

### Φαρμακευτική Αγωγή

Φαρμακευτική Αγωγή:

Δοσολογία:

Συχνότητα:

*Όλες οι φαρμακευτικές αγωγές των παιδιών **θα παραδίδονται** στον υπεύθυνο του ιατρείου της κατασκήνωσης κατά την άφιξη τους, με γραμμένο το όνομα του παιδιού σε εμφανές σημείο της συσκευασίας του κάθε σκεύασματος. Σε καμία περίπτωση **δεν επιτρέπεται** το παιδί να διατηρεί τα φάρμακα στα προσωπικά του αντικείμενα.*

**B.**

Άλλες πληροφορίες/ Παρατηρήσεις

.....

Γ. Η παρούσα Υπεύθυνη Δήλωση Ιατρικού Ιστορικού περιλαμβάνει το πλήρες και αληθές ιατρικό ιστορικό του παιδιού, καθώς και ότι μέχρι σήμερα ουδέν άλλο πρόβλημα υγείας ή αλλεργίας παρουσιάζει.

Ο / Η Δηλ.....

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή

Ημερομηνία