



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ στην 41^η Πανελλήνια Ανιχνευτική Ενημέρωση | Τρίκαλα 2026

Ο υπογεγραμμένος (Ονοματεπώνυμο γονέα)

..... γονέας

/ κηδεμόνας του / της (Ονοματεπώνυμο παιδιού)

επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει μέρος στην «41^η Πανελλήνια Ανιχνευτική Ενημέρωση | Τρίκαλα», της (Κοινότητας)..... του Συστήματος Προσκόπων,

Π.Ε. με Αρχηγό / Συνοδό, τον / την (Ονοματεπώνυμο Αρχηγού / Συνοδού)..... Ενήλικο Στέλεχος του Σώματος Ελλήνων Προσκόπων,

που θα πραγματοποιηθεί στα Τρίκαλα, την περίοδο από την Πέμπτη 16 Απριλίου 2025 έως και την Κυριακή 19 Απριλίου 2026.

Έχω ενημερωθεί ότι οι μετακινήσεις θα πραγματοποιηθούν με (μεταφορικό/ά μέσο/α) τις ημερομηνίες από / / έως / / και συναινώ ρητώς, παρέχοντας τη συγκατάθεσή μου ως γονέας/νόμιμος κηδεμόνας ασκών τη νόμιμη επιμέλεια, το παραπάνω ανήλικο τέκνο μου, να ταξιδεύσει με τον Αρχηγό / Συνοδό, Ενήλικο στέλεχος του Σώματος Ελλήνων Προσκόπων, ασκώντας, εκ μέρους μου, τη νόμιμη επιμέλεια στο τέκνο μου, για το παραπάνω διάστημα, προς και από τον Άλιμο για την συμμετοχή του στην δράση «41^η Πανελλήνια Ανιχνευτική Ενημέρωση | Τρίκαλα» .

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στο Ατομικό Δελτίο Υγείας του παιδιού μου, το οποίο έχω προσκομίσει στα Ενήλικα Στελέχη του Συστήματος, είναι απολύτως ακριβή και πως τα Ενήλικα

Στελέχη δεν ευθύνονται για οτιδήποτε συμβεί στο παιδί μου ως απόρροια γεγονότος ή κατάστασης για την οποία, ενώ ήμουν γνώστης, δεν ενημέρωσα τον Αρχηγό.

Πληροφορίες Υγείας

Πάσχει από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια;

ΑΣΘΜΑ - ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ / ΑΛΛΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Λαμβάνει κάποια θεραπευτική αγωγή; Μπορεί η συγκεκριμένη αγωγή να χορηγηθεί από μη ειδικό;

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗ ΛΑΜΒΑΝΕΙ; ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΟ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟ ΝΑΙ / ΟΧΙ

Υποβλήθηκε σε πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις;

ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ / ΠΟΙΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΧΕΙ ΧΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ

Είναι ευαίσθητος/τη σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα;

ΑΝ ΝΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΜΟΡΦΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Έχει κάνει εμβόλια;

ΑΝ ΝΑΙ ΣΗΜΕΙΩΣΑΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ

Έχει ανάγκη κάποια ιδιαίτερη διατροφή ή δίαιτα; Υπάρχουν τροφές που δεν επιτρέπεται να λαμβάνει;

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ;

Κάνω γνωστά τα παρακάτω ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού μου:



Όχι

Συγκατατίθεμαι, εφόσον κριθεί απαραίτητο, να χορηγηθούν από τα Ενήλικα Στελέχη στο παιδί μου φάρμακα για συμπτωματική αντιμετώπιση απλών καταστάσεων (ήπια παυσίπονα, αντιπυρετικά, αποσυμφορητικά) ή κατόπιν ιατρικής οδηγίας περαιτέρω εξειδικευμένα.



Ναι

Πρόσωπο επικοινωνίας σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης:

Ονοματεπώνυμο : Συγγένεια :

.....

Τηλέφωνο :

Πρόσωπο που θα παραλάβει το παιδί:

Ονοματεπώνυμο : Συγγένεια :

.....

Τηλέφωνο :

Ημερομηνία / /

Ο Δηλών Γονέας / Κηδεμόνας

.....

Υπογραφή