



## 7<sup>ο</sup> Παγκύπριο Προσκοπικό Τζάμπορ

### Δήλωση Συμμετοχής Ανιχνευτών



Εγώ ο/η \_\_\_\_\_ γονέας/κηδεμόνας του/της Ανιχνευτή \_\_\_\_\_ δηλώνω ότι επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει μέρος στο 7ο Παγκύπριο Προσκοπικό Τζάμπορ που θα πραγματοποιηθεί από τις **24/06/2023 μέχρι τις 01/07/2023** στην περιοχή Τροόδους και έχοντας μελετήσει το σχετικό ενημερωτικό έντυπο επισυνάπτω το ποσό των **€.....** που αναλογεί ως ποσό καταβολής στην δράση (75 ευρώ είναι η ελάχιστη προκαταβολή).

Για την ορθή ενημέρωση του Επιτελείου της δράσης όσον αφορά την υγεία του παιδιού μου αλλά και άλλα στοιχεία που αφορούν το χαρακτήρα του και θα βοηθήσουν τους Βαθμοφόρους κατά τη διάρκεια της, συμπληρώνω τις παρακάτω λεπτομέρειες :  
(οι πληροφορίες αυτές είναι άκρως εμπιστευτικές)

#### A. ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ομάδα Αίματος : \_\_\_\_\_

Πάσχει ή Έπασχε από χρόνιες παθήσεις :  
(ΑΣΘΜΑ - ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΥΤΙΣΤΩΝ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΥΠΙΝΟΒΑΣΙΑ κλπ.) \_\_\_\_\_

Κουράζεται εύκολα; - Λαχανιάζει εύκολα; ΝΑΙ \_\_\_\_\_ ΟΧΙ \_\_\_\_\_

Χορηγείται στο παιδί οποιαδήποτε ιατροφαρμακευτική αγωγή :  
(αν ναι σημειώστε τα ακριβή φάρμακα και δοσολογία) ΝΑΙ \_\_\_\_\_ Φάρμακο & Δοσολογία \_\_\_\_\_  
ΟΧΙ \_\_\_\_\_

Είναι το παιδί σας αλλεργικό ; Σε φάρμακα ; \_\_\_\_\_  
Σε τροφές; \_\_\_\_\_  
Σε άλλα; (έντομα, φυτά, γύρη κλπ) \_\_\_\_\_

Έχει κάνει αντιπτετανικό εμβόλιο και μέχρι πότε ισχύει;  
**ΣΗΜ. ΑΝ ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΕΙ** ΝΑΙ \_\_\_\_\_ και ισχύει μέχρι \_\_\_\_\_

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τους τελευταίους έξι μήνες (Αν ναι, ποια;) \_\_\_\_\_

Υπέστη πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις (Αν ναι, τι ακριβώς) \_\_\_\_\_

Έχει προβλήματα δυσκοιλιότητας; ΝΑΙ \_\_\_\_\_ ΟΧΙ \_\_\_\_\_

Έχει οποιαδήποτε άλλα ιατρικά προβλήματα που χρειάζεται να αναφερθούν; \_\_\_\_\_

**Β. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ :**

Το παιδί σας :

1. Φοβάται στο σκοτάδι ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ2. Έχει τάσεις απομόνωσης ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ3. Είναι οξύθυμο;  ΝΑΙ  ΟΧΙ4. Μιλά στον ύπνο του;  ΝΑΙ  ΟΧΙ5. Επιτρέπετε στο παιδί σας να συμμετέχει στις δραστηριότητες της Κατασκήνωσης όπως αναγράφονται δίπλα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ**Γ. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ :**

1. Έχει οποιαδήποτε διατροφική ιδιαιτερότητα (πχ vegetarian); (Αν ναι σε ποια;) \_\_\_\_\_

2. Το παιδί σας τρώει ικανοποιητικά, λιγότερο ή περισσότερο από το κανονικό;  ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ :  ΛΙΓΟΤΕΡΟ :  ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ :

3. Υπάρχουν οποιοδήποτε άλλες διαιτητικές ανάγκες ή προβλήματα; (Αν ναι ποια;) \_\_\_\_\_

**Δ. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ και ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :**

Παρακαλώ σημειώστε οτιδήποτε άλλο νομίζετε ότι δεν έχει καλυφθεί από τα ανωτέρω και χρειάζεται να γνωρίζουν οι Βαθμοφόροι :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Ε. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ :**1. Για την αναμνηστική μπλούζα της Κατασκήνωσης παρακαλώ για το παιδί μου να παραγγείλετε το εξής νούμερο :  Small :  Medium :  Large :  Extra Large :**ΣΤ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ :**

Όνομα Πατέρα : \_\_\_\_\_ Τηλέφωνα : 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Όνομα Μητέρας : \_\_\_\_\_ Τηλέφωνα : 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα που συμπλήρωσε την αίτηση : \_\_\_\_\_ Ημερομηνία : \_\_\_\_\_

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΡΑΣΗΣ**

1. Ποσό προκαταβολής: € \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Υπογραφή Αρχηγού Τμήματος

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

2. Ποσό εξόφλησης : € \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Υπογραφή Αρχηγού Τμήματος

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα