**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΑΤΣΙΩΝ ΣΤΑ ΑΓΡΙΔΙΑ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: .......................................................................................

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:…………………………………………………………………................................

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .........................................................................................................................................

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ...........................................................................................................................................

ΣΧΟΛΕΙΟ:......................................................................................................................................................

ΤΑΞΗ & ΤΜΗΜΑ: ......................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΕΙΡΑ** | **ΠΕΡΙΟΔΟΣ** | **ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ** |
| 1η | **25/06/2018-02/07/2018** |  |
| 2η | **23/07/2018-30/07/2018** |  |

Δηλώστε την κατασκηνωτική σειρά κατά σειρά προτίμησης στην οποία θα θέλατε να λάβετε μέρος, χρησιμοποιώντας τους αριθμούς 1 και 2 στην κενή στήλη:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ |  |  |
| ΣΧΟΛΕΙΟ |  |  |
| ΤΑΞΗ & ΤΜΗΜΑ |  |  |
| ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ |  |  |

Σε περίπτωση που συντρέχουν ειδικοί λόγοι, παρακαλώ όπως δηλώσετε μέχρι δύο (2) ονόματα παιδιών τα οποία επίσης υποβάλλουν αίτηση και θα επιθυμούσατε να οριστούν στην ίδια Σειρά με το παιδί σας, νοουμένου ότι τύχουν έγκρισης.

*Με την παρούσα δηλώνουμε ότι επιθυμούμε να συμμετάσχει το παιδί μας στην Κατασκήνωση που διοργανώνει ο Δήμος Λατσιών για το μήνα Ιούλιο 2018 στην κοινότητα Αγριδιών (επαρχία Λεμεσού). Αντιλαμβανόμαστε ότι ο καταρτισμός των κατασκηνωτικών σειρών, θα γίνει από το Δήμο Λατσιών ανάλογα με τον αριθμό των αιτήσεων και τη διαθεσιμότητα των θέσεων.*

**...............................................................**

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

Ημερομηνία**: ...........................................................**

**ΣΗΜ.:** Η αίτηση θα πρέπει να παραδοθεί συμπληρωμένη στους Διευθυντές των σχολείων, μέχρι τις 11/05/2018.

**** ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ ΔΗΜΟΥ ΛΑΤΣΙΩΝ ΣΤΑ ΑΓΡΙΔΙΑ

Για Υπηρεσιακή Χρήση:

|  |  |
| --- | --- |
| ΦΑΣΗ: ……… | Αρ. Αποδ.: ……………………… |

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:………………………..………………… ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ:……………...…

ΣΧΟΛΕΙΟ: ………………………………… ΤΑΞΗ: ……………………… ΚΙΝΗΤΟ: ……………...

# ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις παρακάτω ερωτήσεις, που θα βοηθήσουν να δοθεί στο παιδί σας η καλύτερη ιατρική βοήθεια αν χρειασθεί. (Να βάζετε κύκλο σε ότι ισχύει ή να συμπληρώνετε).

1. Είναι το παιδί σας υγιές και μπορεί να αθλείται: ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Ποιο έτος έχει κάνει αντιτετανικό η διπλό (DT) εμβόλιο:

Το έτος …………….. ή Δεν έχει κάνει καθόλου ……………. (βάλτε ν)

(Αυτό είναι πολύ σημαντικό να το ξέρουμε. Αν κάποιος έχει κάνει το εμβόλιο δεν θα χρειαστεί να ξαναγίνει σε περίπτωση τραυματισμού)

1. ‘Εχει κάνει το παιδί σας τα παρακάτω εμβόλια:

(α) Ιλαράς ΝΑΙ ΟΧΙ

(β) Ερυθράς ΝΑΙ ΟΧΙ

(γ) Παρωτίτιδας ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Έχει περάσει το παιδί σας τις παρακάτω αρρώστιες:

(α) Ιλαράς ΝΑΙ ΟΧΙ

(β) Ερυθράς ΝΑΙ ΟΧΙ

(γ) Παρωτίτιδας ΝΑΙ ΟΧΙ

(δ) Ανεμοβλογιά ΝΑΙ ΟΧΙ

5. ‘Εχει το παιδί σας έλλειψη του ενζύμου G6 - PD: ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Είναι αλλεργικό: ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, γνωρίζετε τι το πειράζει; Γράψτε το εδώ:

ΟΥΣΙΕΣ Η ΤΡΟΦΕΣ: …………………………………………………………………………

ΦΑΡΜΑΚΑ: …………………………………………………………………………

7. Μήπως το παιδί σας πάσχει από βρογχικό άσθμα; (ασθματική βρογχίτιδα, σπαστική βρογχίτιδα)

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι τι φάρμακα παίρνει;

…………………………………………………………………………………

8. Μήπως έχει πάθει ποτέ σπασμούς και παίρνει φάρμακα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι τι φάρμακα παίρνει;

…………………………………………………………………………………

9. Μήπως βρέχεται κατά το νυχτερινό ύπνο; ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Μήπως φοβάται να κυκλοφορεί τη νύχτα; NAI OXI

11. Μήπως υπνοβατεί; ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Μήπως έχει πρόβλημα:

(α) Αναιμίας; NAI OXI

(β) Διαβήτη; NAI OXI

(γ) Όρασης; NAI OXI

(δ) Ακοής; NAI OXI

1. **Δηλώστε οτιδήποτε αφορά την υγεία του παιδιού σας και πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα.**

………………………………………………………………………………………………………………..

**14. Τονίζεται ότι φάρμακα που χρησιμοποιούν είναι απαραίτητο να τα μεταφέρουν μαζί τους.**

Υπογραφή πατέρα: ………………………….

Υπογραφή μητέρας: ……………………….…

Ημερ.: ………………………..