



# ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Λεωχάρους 2 - 10562 Αθήνα  
FAX : 210 3238317

Τηλ.Κέντρο : 210 3238339  
e-mail : osyo@osyo.gr

## Α Ι Τ Η Σ Η - Δ Η Λ Ω Σ Η

### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΤΗΣ Ο.Σ.Υ.Ο. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ- ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΠΡΟΣΟΧΗ! Με την αίτηση πρέπει να συνυποβληθούν 1.Πιστοποιητικό ή  
ληξιαρχική πράξη γέννησης παιδιού 2.Ατομική εκκαθάριση μισθοδοσίας.

Επώνυμο	Κωδ Φύλου	1=αγόρι 2=κορίτσι
Όνομα	Κωδ Περιόδου	1=πρώτη 2=δεύτερη
Ημερομηνία Γέννησης	Τηλέφωνο Οικίας	
Πατρώνυμο	Τηλέφωνο Εργασίας	
Επώνυμο Μητέρας	Κινητό Τηλέφωνο	
Όνομα Μητέρας	Υπηρεσία του γονέα - υπάλληλου	

#### Διεύθυνση κατοικίας

Οδός	Αριθμός
Πόλη	Ταχ. Κωδ.

#### Λοιπά Στοιχεία

Μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί;	NAI	OXI
Χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση; Αν NAI γιατί και ποιά;	NAI	OXI

Επιθυμεί να είναι σε ομάδα με φίλους (μόνο ίδιου φύλου και ηλικίας)	NAI	OXI
--	-----	-----

Αν NAI με ποιούς;	Επώνυμο	Όνομα	Ηλικία
-------------------	---------	-------	--------

Ειδικά ενδιαφέροντα : 1. Αθλητισμός 2. Ζωγραφική 3. Μουσική

Ποιος εργάζεται στο ΥΠΟΙΚ. 1.Πατέρας 2.Μητέρα

Ποιος έχει την επιμέλεια του παιδιού σε περίπτωση διαζευγμένων γονέων; 1. Μητέρα 2. Πατέρας

Μετά την συμπλήρωση της αίτησης να κρατηθεί  
αντίγραφο του εντύπου από τον γονέα

Ημερομηνία  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ο/Η ΔΗΛ.

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ  
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ**

*Ο/Η κατασκηνωτής/τρια*

1. Έχει κάνει ένεση ορού; (ποιού - πότε)

2. Πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση (σκωληκοειδίτιδα, αμυγδαλίτιδα, αναφυλαξία);

3. Έχει κάνει προληπτικά εμβόλια και ποιά;

4. Έχει περάσει στο παρελθόν τις αρρώστιες;

α. Ιλαρά                    *ΝΑΙ*    *ΟΧΙ*                    β. Κοκίτη                    *ΝΑΙ*    *ΟΧΙ*

Παρωτίτιδα                *ΝΑΙ*    *ΟΧΙ*                    δ. Ανεμοβλογιά *ΝΑΙ*    *ΟΧΙ*

**ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΟΥ**

1. Έχει άλλα ειδικά προβλήματα που πρέπει να ξέρει ο γιατρός (ψυχολογικά, νυχτερινή ενούρηση κ.τ.λ.)

2. Υπάρχει οτιδήποτε σχετικό με την υγεία του παιδιού που πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός (πρόσφατα τραύματα, αλλεργίες, αναπνευστικά, λήψη φαρμάκων κ.λ.π.)

3. Μπορεί να κάνει θαλάσσια μπάνια;                    *ΝΑΙ*    *ΟΧΙ*

**ΘΕΣΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑΣ ΓΙΑΤΡΟΥ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ**

**ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΔΕΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΚΑΝΕΝΑ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΙ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ**