

ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ

_____ υπογραφ _____ δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου _____, με ημερομηνία γέννησης: _____, δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα υγείας, μπορεί να συμμετέχει στα Θερινά Προγράμματα 2019 του Ελληνοαμερικανικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και να γυμνάζεται ελεύθερα, λαμβάνοντας μέρος σε όλα τα αθλήματα του προγράμματος στο οποίο έχει εγγραφεί.

Το παιδί έχει πρόσφατα εξεταστεί από τον/την ιατρό κ. _____, (διεύθυνση ιατρείου) _____ τηλ. _____ ο οποίος/η οποία μας έχει βεβαιώσει για την καλή υγεία του.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Τηλ. Μητέρας: _____

Τηλ. Πατέρα: _____

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο (DTP ή DTaP);			
Έχουν γίνει όλα τα προβλεπόμενα εμβόλια;			
Ιδιαίτερες Παρατηρήσεις/Αλλεργίες:			

Σε περίπτωση γνωστής αλλεργικής αντίδρασης:

επισυνάπτω αντίγραφο ιατρικών οδηγιών (πλάνο αντιμετώπισης) υπογεγραμμένο από τον θεράποντα ιατρό και αποστέλλω μέσα στην τσάντα του παιδιού τα προβλεπόμενα φάρμακα.

Παρακαλούνται οι γονείς των παιδιών με οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας να ενημερώσουν το ιατρείο κατά την έναρξη των Θερινών Προγραμμάτων 2019, είτε με φυσική παρουσία στα Ιατρεία Λατσειού και Κολυμβητηρίου, είτε με τηλεφωνική επικοινωνία στα τηλέφωνα 210-6745901, 210-6041636.

Την παρούσα δήλωση, με συνημμένο σε αυτή ιατρικό έγγραφο/ιατρικές οδηγίες (εφόσον αυτό προσκομιστεί από το γονέα), παραδίδω στη γραμματεία των Ειδικών Προγραμμάτων κατά την αίτηση εγγραφής ή την 1η μέρα του Προγράμματος και δίνω τη συγκατάθεσή μου όπως αυτή διατηρηθεί και χρησιμοποιηθεί από την Υπηρεσία των Ειδικών Προγραμμάτων (στο Ψυχικό και στο Λάτσειο Διδακτήριο στην Κάντζα) και την Ιατρική Υπηρεσία του Ε.Ε.Ι. (ιατρό και νοσηλεύτρια) κατά τη διάρκεια του Προγράμματος.

Ημερομηνία _____

Υπογραφή _____