

 **Αρ. Πρωτ …………………**

 **Θεσσαλονίκη ………………**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ /-ΤΡΙΑΣ** **ΦΟΡΕΩΝ**

**1. ΦΟΡΕΑΣ**/ **Παράρτημα**..............................................................................................................................

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ**

**ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ**

 Oν/μο ...............................................…………………….……………………….…

 Όν. πατρός ...........................................................

 Έτος γεννήσεως ..................................

 Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα ……………………..…………………………...

 Διεύθυνση κατοικίας – Πόλη ...........................................................................

 Τηλέφωνο επικοινωνίας ...................................................................

 Τηλέφωνο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης & σε ποιον ανήκει…………………………………………………..

 Ασφαλιστικός φορέας που είναι ασφαλισμένος ο κατασκηνωτής …………………………………………………….

**2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ-ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

 α) Κατηγορία αναπηρίας (*λ.χ.* *Νοητ. Αναπηρία, Αυτισμός, Εγκ. Παράλυση, Ψυχοσωματικές ή Κινητικές ή Πολλαπλές Αναπηρίες*)

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

 β) **Ποσοστό αναπηρίας βάσει απόφασης Υγειον/κής Επιτροπής (*επισυνάπτεται φ/α της απόφασης*):** ………

 γ) Βαρύτητα καταστάσεως υγείας: Μέτρια [ ] Σοβαρή [ ] Πολύ σοβαρή [ ]

 δ) Άλλα προβλήματα υγείας (πέρα από αναπηρία)

 - Αλλεργία [ ]

 - Καρδιοπάθεια [ ]

 - Ικανότητα όρασης: - Κανονική [ ]

 -Μειωμένη [ ]

 - Ικανότητα ακοής: -Κανονική [ ]

 -Μειωμένη [ ]

 - Ικανότητα επικοινωνίας [ ]

 -Υπάρχει λεκτική επικοινωνία; ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

 ε) Υπάρχουν δερματικά προβλήματα; Αν ναι, αναφέρετε λεπτομερώς το πρόβλημα.

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

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

στ) Εμφανίζει επιληπτικές κρίσεις; ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

 ζ) Έχει συμμετάσχει σε προηγούμενα κατασκηνωτικά προγράμματα και αν ναι, σε ποια έτη;

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

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

 η) Κάλυψη από εμβολιασμούς ***(Απαραιτήτως επισυνάπτεται ως αποδεικτικό, φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου εμβολίων)***

1. Ηπατίτιδας Α [ ]
2. Φυματίωσης [ ]
3. Τετάνου [ ]

 θ) Υπάρχει μεταδοτικό νόσημα; ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

 ι) Φαρμακευτική αγωγή ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

 Είδος φαρμάκου ...................................................................................................................................

 Ποσότητες- Δοσολογία .........................................................................................................................

(Σημείωση: Κατά την κατασκηνωτική περίοδο, την ευθύνη για την προμήθεια και επάρκεια των φαρμάκων της αγωγής του κατασκηνωτή, έχει το κάθε παράρτημα σε συνεργασία με τους συνοδούς και τα μέλη του προσωπικού των παραρτημάτων).

ια) Έχει ειδικές παθήσεις (Σακχ. Διαβήτη, έλλειψη ενζύμων κλπ.) ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

ιβ) Έχει ανάγκες ειδικής διατροφής λόγω νοσήματος ή πάθησης και αν ναι, ποιες είναι αυτές;

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

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

ιγ) Μήπως ο κατασκηνωτής έκανε πρόσφατα κάποια χειρουργική επέμβαση; ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

ιδ) Το άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο; ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

 Τηρεί μόνο του τους όρους της ατομικής του υγιεινής (*τουαλέτα, ξύρισμα, πλύσιμο δοντιών κλπ*); ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

 Μήπως έχει ακράτεια, χρησιμοποιεί πάνες ή υποφέρει από δυσκοιλιότητα; ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

 Μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδιο;ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ]

**3. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ ΣΤΟ Κ.Π. του ΚΚΠΚΜ**

**(*Συμπληρώνεται ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ,*** *από θεράποντα Ιατρό ή από τους Ιατρούς των Ιδρυμάτων που περιθάλπονται τα ΑμεΑ,* ***ώστε να μπορεί ο υποψήφιος κατασκηνωτής ΑμεΑ να συμμετάσχει στην κατασκήνωση*)**

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 ***Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού***

 .........................................................

**4. ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ- ΚΗΔΕΜΟΝΑ – ΔΙΚ. ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ ή ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΚΚΠΚΜ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α. Τα παραπάνω στοιχεία του εντύπου «ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΩΝ /-ΤΡΙΩΝ ΦΟΡΕΩΝ» είναι αληθή και ακριβή και συμφωνώ για τη συμμετοχή του/της …………………………………….., στις κατασκηνώσεις του Κ. Κ. Π. Κ. Μ. , σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας κατασκηνώσεων.

Β. Ο / Η ……………..……………………… είναι κατάλληλος/-η για να συμμετάσχει στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα του ΚΚΠΚΜ, βάσει και της υποδείξεως του θεράποντος Ιατρού που υπογράφει παραπάνω για την κατάσταση της υγείας του/της,

Ημερομηνία ..............................2018

 Για τη θεώρηση του Δελτίου,

**Υπογραφή Γονέα-Κηδεμόνα-Δικαστ. Συμπαραστάτη Υπογραφή Προέδρου**

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