

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο κατασκηνωτή: .....

Διεύθυνση: .....

Τηλέφωνο ανάγκης: .....

### **ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ**

Ομάδα Αίματος: .....

Ημερομηνία τελευταίου εμβολιασμού τετάνου: ..... /..... /.....

Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης από γιατρό: ..... /..... /.....

Γνωρίζετε κάποια ιατρική ιδιαιτερότητα του κατασκηνωτή που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την διάρκεια της παραμονής του στην κατασκήνωση (π.χ αλλεργίες, διαβήτης, επιληψία κ.λ.π.); .....

Γνωρίζετε κάποιο φάρμακο ή φαγητό που ο κατασκηνωτής δεν θα πρέπει να λαμβάνει; .....

Ο κατασκηνωτής εξετάστηκε από τον ιατρό και η κατάσταση υγείας του είναι καλή:  
ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν όχι, ποια προβλήματα έχει; .....

Ο συμμετέχων μπορεί να πάρει μέρος σε όλες τις δραστηριότητες της κατασκήνωσης: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν όχι, σε ποιες δραστηριότητες δε μπορεί να πάρει μέρος;

Όνοματεπώνυμο ιατρού: .....

Τηλέφωνο: ..... Ημερομηνία: .....

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

Υπογραφή συμμετέχοντα

.....

.....