

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΓΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα



ότι οι πληροφορίες υγείας που έχω γνωστοποιήσει στην Κατασκήνωση είναι πλήρεις και ακριβείς και ότι έχω ενημερώσει ή θα ενημερώσω εγκαίρως για οποιοδήποτε θέμα υγείας, αλλεργία, φαρμακευτική αγωγή ή άλλη σημαντική ιδιαιτερότητα αφορά το παιδί μου.

Ιδίως, δηλώνω ότι έχω ενημερώσει ή θα ενημερώσω την Κατασκήνωση για τυχόν χρόνιο ή σοβαρό νόσημα, καρδιολογική πάθηση ή ιστορικό καρδιαγγειακών προβλημάτων, άσθμα, επιληψία, σακχαρώδη διαβήτη, σοβαρές αλλεργίες, πρόσφατη νοσηλεία, καθώς και για τυχόν αναπτυξιακές, μαθησιακές, συμπεριφορικές ή νευροαναπτυξιακές δυσκολίες (όπως ΔΕΠΥ), εφόσον αυτές ενδέχεται να επηρεάσουν τη συμμετοχή, την ασφάλεια ή την καθημερινή λειτουργία του παιδιού κατά τη διάρκεια της κατασκηνωτικής περιόδου.

Τυχόν φαρμακευτική αγωγή παραδίδεται αποκλειστικά στον Ιατρό της Κατασκήνωσης από τον γονέα/κηδεμόνα, μαζί με τις απαραίτητες οδηγίες χορήγησης και τη σχετική ιατρική συνταγή, όπου απαιτείται. Για λόγους ασφάλειας δεν επιτρέπεται η κατοχή φαρμάκων από τους κατασκηνωτές, εκτός εάν έχει δοθεί ειδική έγκριση από τον Ιατρό της Κατασκήνωσης.

Συναινώ

- Στην παροχή των αναγκαίων ιατρικών υπηρεσιών από τον Ιατρό της Κατασκήνωσης.
- Στη διενέργεια βασικών διαγνωστικών ελέγχων (όπως rapid test ή strep test), εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο.
- Στη χορήγηση συνήθων φαρμακευτικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση κοινών περιστατικών υγείας, σύμφωνα με την ιατρική κρίση του Ιατρού της Κατασκήνωσης.
- Στη διακομιδή του παιδιού μου σε Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας ή άλλη κατάλληλη δομή υγείας, εφόσον αυτό κριθεί αναγκαίο από τον Ιατρό της Κατασκήνωσης.
- Στη χορήγηση της απαραίτητης επείγουσας αγωγής σε περιστατικά που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία ή τη ζωή του παιδιού.

Κατανοώ ότι για περιστατικά που **δεν έχουν επείγοντα χαρακτήρα** θα ενημερώνομαι σχετικά και θα συνεργάζομαι με την Κατασκήνωση για την περαιτέρω αντιμετώπισή τους.

Προσωπικά Δεδομένα

Συναινώ στη συλλογή και επεξεργασία των απαραίτητων δεδομένων υγείας του παιδιού μου από την Παιδική Κατασκήνωση «Οικογένεια Λελούδα», αποκλειστικά για σκοπούς προστασίας της υγείας και ασφάλειάς του και για την παροχή της αναγκαίας ιατρικής φροντίδας. Τα δεδομένα τηρούνται εμπιστευτικά και διαβιβάζονται μόνο όπου αυτό απαιτείται για την προστασία της υγείας του παιδιού ή για την παροχή ιατρικής περίθαλψης (π.χ. Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας ή θεραπεία από ιατρό).

Δηλώνω ότι το παιδί μου είναι σε θέση να συμμετέχει στις δραστηριότητες της Κατασκήνωσης και ότι δεν παραλείπω ή αποκρύπτω οποιαδήποτε πληροφορία που θα μπορούσε να επηρεάσει την υγεία, την ασφάλεια ή την ομαλή συμμετοχή του, καθώς και την ασφάλεια των λοιπών κατασκηνωτών.



Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο Κηδεμόνα:

Α.Δ.Τ.:

Υπογραφή:

Σημείωση: Παρακαλούμε το Ιατρικό Φύλλο να προσκομιστεί υποχρεωτικά σε εκτυπωμένη μορφή κατά την άφιξη. Αποστολή μόνο μέσω e-mail δεν γίνεται δεκτή