

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ
για συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα 2026

(Παρακαλείται ο θεράπων ιατρός να συμπληρώσει ευκρινώς όλα τα κατωτέρω πεδία και να θέσει υπογραφή και σφραγίδα.)

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____ Α.Μ.Κ.Α.: _____

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο Ιατρού: _____

Ειδικότητα: _____ Τηλέφωνο επικοινωνίας: _____

Γ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι από την κλινική εξέταση του ανωτέρω προκύπτει ότι:

1. Η γενική κατάσταση της υγείας του/της κρίνεται:

ΚΑΛΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΧΡΗΖΕΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Εφόσον απαιτείται παρατηρήσεις:

2. Δεν πάσχει από μεταδοτικά νοσήματα: ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Η σημερινή κατάσταση της υγείας του/της επιτρέπει τη συμμετοχή του/της σε κατασκηνωτικό πρόγραμμα: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ
ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ «ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ» ΣΤΟΜΙΟΥ

4. Δύναται να συμμετέχει στις συνήθεις ήπιες δραστηριότητες του κατασκηνωτικού προγράμματος (συμπεριλαμβανομένων των ομαδικών ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και των θαλάσσιων λουτρών): ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται κατά την καθημερινή διαβίωσή του/της εντός της κατασκήνωσης χωρίς ανάγκη συνεχούς συνοδείας ή προσωπικής φροντίδας:
 ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Η νοητική και λειτουργική του/της κατάσταση επιτρέπει την ασφαλή και ομαλή συμβίωση σε οργανωμένο κατασκηνωτικό περιβάλλον: ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Τυχόν λοιπές παρατηρήσεις (ενδεικτικά: φαρμακευτική αγωγή, αλλεργίες, χρόνια νοσήματα, ειδικές οδηγίες ή άλλες ιατρικές επισημάνσεις):

Ημερομηνία κλινικής εξέτασης / έκδοσης βεβαίωσης: ____ / ____ / 2026

Ο Βεβαιών Ιατρός
Υπογραφή και Σφραγίδα