



ΣΩΜΑ
ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΚΔΡΟΜΗ – ΕΞΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΑΦΝΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος _____

δηλώνω ότι επιτρέπω στον/στην γιο/κόρη μου _____

που ανήκει στην Κοινότητα Ανιχνευτών του _____ Συστήματος _____ Προσκόπων _____

να συμμετέχει στην εκδρομή – εξερεύνηση Δάφνης της Περιφερειακής Εφορείας Προσκόπων Ανατολικής Αττικής. Η εκδρομή θα πραγματοποιηθεί από τις 25/09/2021 έως τις 26/09/2021 με αρχηγό τον Ιωσήφ Δακορώνια - Μαρίνα, Έφορο Κλάδου Ανιχνευτών Π.Ε Αν. Αττικής.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία:

Τα στοιχεία αυτά θεωρούνται εμπιστευτικά. Η ειλικρινής συμπλήρωσή τους προφυλάσσει εμάς και το παιδί σας από δυσάρεστες εκπλήξεις.

- Υπάρχουν σοβαροί τραυματισμοί που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή σε έντονη σωματική άσκηση; NAI OXI
- Υπάρχει χρόνιο πρόβλημα υγείας; NAI OXI

Αν ναι, ποιο;

- Αντιτετανικό εμβόλιο: Ημερομηνία.....
Ισχύει κάλυψη; NAI OXI
- Υπάρχει αλλεργία σε κάποια φάρμακα, τροφές ή φυτά; NAI OXI

Αν ναι, σε ποια;

- Υπάρχει κάποια ειδική φαρμακευτική αγωγή;

Επίσης δηλώνω ότι:

- είμαι ενήμερος του Κανονισμού του ΣΕΠ αναφορικά με την Εκδρομή - Εξερεύνηση Δάφνης καθώς και της σχετική ανακοίνωσης της Π.Ε. Αν. Αττικής
- Επίσης δηλώνω ότι έχω προσκομίσει δελτίο υγείας για την τρέχουσα χρονιά στον Αρχηγό της Κοινότητας και ότι δεν πάσχει από κάποιο νόσημα στην παρούσα χρονική στιγμή και δύναται να συμμετάσχει στην δράση αυτή. Τα στοιχεία που αναγράφονται στην Βεβαίωση Κατάστασης Υγείας είναι απόλυτα ακριβή και έχουν υπογραφή γιατρού. Οι Βαθμοφόροι δεν ευθύνονται για κάτι που τυχόν πάθει ο Πρόσκοπος και ενώ ήμουν γνώστης δεν ενημέρωσα τον Αρχηγό της δράσης.

συγκατατίθεμαι στην δημοσιοποίηση φωτογραφιών και βίντεο σε Προσκοπικούς διαδικτυακούς χώρους και έντυπα και στην διάθεση των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας με σκοπό την ευρύτερη προβολή του Προσκοπισμού

Στοιχεία επικοινωνίας γονέα:

- Όνοματεπώνυμο _____
- Τηλέφωνα επικοινωνίας _____

Ο Αρχηγός Κοινότητας

Ο/Η κηδεμόνας