

Έντυπο ιατρικού ιστορικού κατασκηνωτή/ τριας και προσωπικού για την ασφαλή  
είσοδο στην κατασκήνωση

Ημερομηνία: ...../...../.....

Όνοματεπώνυμο Κατασκηνωτή: .....

Όνοματεπώνυμο Γονέα/ Κηδεμόνα: .....

Στοιχεία επικοινωνίας: e-mail.....

Κινητό τηλέφωνο: .....

1. Έχει νοσήσει ο/η κατασκηνωτής/τρια από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον);

ΝΑΙ  ΟΧΙ

2. Είχε ο/η κατασκηνωτής/τρια κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις τελευταίες 14 ημέρες;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| • Πυρετό                | • Βήχα           |
| • Αίσθημα κόπωσης       | • Μυαλγίες       |
| • Δυσκολία στην αναπνοή | • Πόνο στο λαιμό |
| • Πονοκέφαλο            | • Διάρροια       |

3. Έχει έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

4. Έχει ταξιδέψει τις προηγούμενες 4 εβδομάδες στο εξωτερικό;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Ο/Η Δηλ.....

.....

(Υπογραφή)