

Έντυπο ιατρικού ιστορικού ανήλικου προσωπικού για την ασφαλή είσοδο στην κατασκήνωση

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο Ανηλίκου:

Όνοματεπώνυμο Γονέα/ Κηδεμόνα:

Στοιχεία επικοινωνίας: e-mail.....

Κινητό τηλέφωνο:

1. Έχει νοσήσει το παιδί από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον);

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχε 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)