



ΠΑΓΧΙΑΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΜΕΑ

Δημοκρατίας 8, 82100 Χίος

Τηλ: 2271024194

e-mail: ameachio@otenet.gr

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΩΝ / - ΤΡΙΩΝ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ (Κεφαλαία)

Όνομ/μο
Όν. Πατρός
Έτος γεννήσεως
Όνοματεπώνυμο Γονέα ή Κηδεμόνα
Διεύθυνση Κατοικίας – Πόλη
Τηλέφωνο Επικοινωνίας
Τηλέφωνο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης & σε ποιον ανήκει.....
Ασφαλιστικός φορέας που είναι ασφαλισμένος ο κατασκηνωτής
ΑΜΚΑ Κατασκηνωτή/-τριας ΑμεΑ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ-ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ

α) Κατηγορία αναπηρίας (λ.χ. νοητική, αυτισμός, εγκ. παράλυση, αισθητηριακές ή ψυχοσωματικές ή κινητικές ή πολλαπλές αναπηρίες)

.....

β) Ποσοστό αναπηρίας βάσει απόφασης Υγειονόμικης Επιτροπής (επισυνάπτεται φ/α της απόφασης):

γ) Βαρύτητα καταστάσεως υγείας:

Μέτρια [] Σοβαρή [] Πολύ σοβαρή []

δ) Άλλα προβλήματα υγείας (πέρα από αναπηρία)

- Αλλεργία []
- Καρδιοπάθεια []
- Ικανότητα όρασης: Κανονική [] Μειωμένη []
- Ικανότητα ακοής: Κανονική [] Μειωμένη []
- Ικανότητα επικοινωνίας []
- Υπάρχει λεκτική επικοινωνία; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

ε) Υπάρχουν δερματικά προβλήματα; Αν ναι, αναφέρετε λεπτομερώς το πρόβλημα.

.....

στ) Εμφανίζει επιληπτικές κρίσεις; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

ζ) Έχει συμμετάσχει σε προηγούμενα κατασκηνωτικά προγράμματα και αν ναι, σε ποια έτη;

.....

η) Κάλυψη από εμβολιασμούς:

Ηπατίτιδας Α [] Φυματίωσης [] Τετάνου []

(Απαραίτητως επισυνάπτεται ως αποδεικτικό, φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου εμβολίων)

θ) Υπάρχει μεταδοτικό νόσημα; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

ι) Φαρμακευτική αγωγή ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Είδος-ονομασία φαρμάκου

Ποσότητες- Δοσολογία

(Σημείωση: Κατά την κατασκηνοτική περίοδο, την ευθύνη για την προμήθεια και επάρκεια των φαρμάκων της αγωγής του κατασκηνοτή, έχει η οικογένειά του ή το Ίδρυμα και όχι ο ΠΣΑμεΑ).

ια) Έχει ειδικές παθήσεις (Σακχ. Διαβήτη, έλλειψη ενζύμων κλπ.) ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

ιβ) Έχει ανάγκες ειδικής διατροφής λόγω νοσήματος ή πάθησης και αν ναι, ποιες είναι αυτές;

.....
.....
ιγ) Μήπως ο κατασκηνοτής έκανε πρόσφατα κάποια χειρουργική επέμβαση; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

ιδ) Το άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Τηρεί μόνο του τους όρους της ατομικής του υγιεινής (τουαλέτα, ξύρισμα, πλύσιμο δοντιών κλπ); ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Μήπως έχει ακράτεια, χρησιμοποιεί πάνες ή υποφέρει από δυσκοιλιότητα; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

Μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδιο; ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

3. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ ΣΤΟ Κ.Π. ΑμεΑ

(Συμπληρώνεται ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ από θεράποντα Ιατρό ή Ιατρό Νοσοκομείου ή Αγροτ. Ιατρό ή από Ιατρό Ασφαλιστικού)

Φορέα του κατασκηνοτή ή από Ιατρούς των Ιδρυμάτων που περιθάλπονται τα ΑμεΑ, ώστε να μπορεί ο υποψήφιος

κατασκηνοτής ΑμεΑ να συμμετάσχει στην κατασκήνωση.

Στην περίπτωση κατασκηνοτών/τριών ΑμεΑ που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου (λ.χ. με υποκείμενα νοσήματα, καρδιολογικά, αναπνευστικά, νευρολογικά κ.α.) θα αναφέρονται ακριβώς παρακάτω, όπως επίσης και η ρητή και σύμφωνη γνώμη του/της Ιατρού, σχετικά με τη συμμετοχή τους στο κατασκηνοτικό πρόγραμμα)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Υπογραφή & σφραγίδα Ιατρού

4. ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ & ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ

.....
(στην περίπτωση που η κατασκηνοτική περίοδος δεν είναι εκ των προτέρων γνωστή, αναγράφεται το επιθυμητό χρονικόδιάστημα ή/και ο επιθυμητός μήνας για τη φιλοξενία του/της κατασκηνοτή/τριας).

5. ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ ή ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α. Τα παραπάνω στοιχεία του εντύπου «ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΩΝ /-ΤΡΙΩΝ ΦΟΡΕΩΝ» είναι αληθή και ακριβή και συμφωνώ για τη συμμετοχή του/της, υιού μου/κόρης μου, στις κατασκηνώσεις του κατασκηνωτικού Προγράμματος ΑμεΑ.

Β. Ο / Η είναι κατάλληλος/-η για να συμμετάσχει στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ΑμεΑ, βάσει και της υποδείξεως του/της Ιατρού που υπογράφει παραπάνω για την κατάσταση της υγείας του/της, απαλλασσόμενης του ΠΣΑμεΑ από κάθε ευθύνης περί καταλληλότητας συμμετοχής

Γ. Δε θα συμμετάσχω στην κατασκήνωση ως συνοδός του παιδιού μου.

Δ. Συναινώ, στην επεξεργασία των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων από τον ΠΣΑμεΑ για τις ανάγκες του Κρατικού Κατασκηνωτικού Προγράμματος ΑμεΑ 2023.

Ε. Έλαβα γνώση για το περιεχόμενο της Πρόσκλησης του ΠΣΑμεΑ για τη συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ΑμεΑ 2023, συμπεριλαμβανομένων των οδηγιών για τη λειτουργία των κατασκηνώσεων με την τήρηση συγκεκριμένων μέτρων πρόληψης και προφύλαξης από τη λοίμωξη Covid-19 και

- επιτρέπω ρητά τη συμμετοχή του τέκνου μου στο ΚΠ ΑμεΑ 2023, σύμφωνα με τα οριζόμενα στα ανωτέρω,
- αναλαμβάνω την ευθύνη για τις ενέργειες στις οποίες οφείλω να προβώ και τις δεσμεύσεις που υποχρεούμαι να τηρήσω, σε όλα τα στάδια του ΚΠ ΑμεΑ 2023 (αιτήσεις, προετοιμασία για την προσέλευση, διαμονή, αποχώρηση), για τη συμμετοχή του τέκνου μου στο ΚΠ ΑμεΑ 2023. Ρητά και κατηγορηματικά, ο ΠΣΑμεΑ ουδεμία ευθύνη φέρει σε περίπτωση που δεν ενεργήσω όσα προβλέπονται,
- είναι σε γνώση μου πως ανεξαρτήτως της ένταξης του τέκνου μου στο ΚΠ ΑμεΑ, είναι πιθανή η αποχώρησή του σε επόμενα στάδια (προσέλευση, διαμονή), εφόσον συντρέξει λόγος, όπως προσδιορίζεται στα ανωτέρω. Στην περίπτωση που η αποχώρηση κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της διαμονής στον κατασκηνωτικό χώρο, αναλαμβάνω την ευθύνη για την αυθημερόν παραλαβή του, κατόπιν απλής ειδοποίησης από τον ΠΣΑμεΑ.

Ημερομηνία 2023

Υπογραφή Γονέα ή Νόμιμου Κηδεμόνα

.....

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Α) Πληροφοριακά δελτία τα οποία δεν φέρουν υπογραφές Γονέα ή Κηδεμόνα και Ιατρού, καθώς επίσης, πληροφοριακά δελτία τα οποία δεν είναι επαρκώς συμπληρωμένα, δεν θα γίνονται αποδεκτά.

Β) Οι γονείς ή νόμιμοι κηδεμόνες φέρουν στο ακέραιο την ευθύνη για την αλήθεια και την ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται στο πληροφοριακό δελτίο κατασκηνωτή/-τριας.

Γ) Οι γονείς ή νόμιμοι κηδεμόνες φέρουν στο ακέραιο την ευθύνη για την ενημέρωση της πρότασης επιλογής και την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια των συνοδών των υποψηφίων κατασκηνωτών.