



**ΣΩΜΑ  
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΕΦΟΡΕΙΑ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ  
76° ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ  
ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ**

Ταχ. Διεύθυνση : Αγ. Μαρίας 34, 2059 Στρόβολος , Λευκωσία, Κύπρος Διεύθυνση Αλληλογραφίας : Τ.Θ. 28145, 2090 Λευκωσία Τηλέφωνο :(+357) 22 422700

Γονείς και κηδεμόνες  
Προσκόπων 76ης Ομάδας

Στρόβολος, 1 Απριλίου 2017

**Θέμα: Κατασκήνωση 76ης - 275ης - 282ης- 288ης ομάδας προσκόπων (15-22/7/17)**

Αγαπητοί γονείς,

Καθώς πλησιάζουμε στο τέλος αυτής της προσκοπικής χρονιάς, οι προετοιμασίες για την θερινή μας κατασκήνωση έχουν αρχίσει. Σας ενημερώνουμε λοιπόν, ότι η κατασκήνωση των προσκόπων μας θα γίνει στον κατασκηνωτικό χώρο του Σώματος Προσκόπων Κύπρου, «Λούματα των Αετών» στο Τρόδος με τις προαναφερθείσες ομάδες προσκόπων, **από το Σάββατο 15 μέχρι το Σάββατο 22 Ιουλίου.**

Η κατασκήνωση εκτιμάται ότι θα κοστίζει γύρω στα **€100 - €120**. Για τη δική σας ευκολία, το κόστος της κατασκήνωσης θα καταβληθεί σε 3 δόσεις:

Α' δόση: €40 μέχρι τις 29 Απριλίου

Β' δόση: €40 μέχρι τις 27 Μαΐου

Γ' δόση: €20 ή €40 αναλόγως τελικού κόστους, για το οποίο θα ενημερωθείτε γύρω στις 1 Ιουλίου

**(Επιθυμία του Επιτελείου για σκοπούς ευκολίας: μόλις σας ανακοινωθεί το τελικό ποσό, όποιος γονιός μπορεί να καταβάλει όλο το ποσό που θα υπολείπεται μέχρι εκείνη την χρονική περίοδο, παρακαλούμε να το πράξει).**

Τα αδέρφια (λυκόπουλα, πρόσκοποι ή ανιχνευτές), όπως και κάθε χρόνο, ενδέχεται να έχουν έκπτωση στο κόστος κατασκήνωσης. Για το ποιοι θα τύχουν έκπτωσης και το αντίστοιχο ποσό, θα ανακοινωθεί σε μεταγενέστερο στάδιο έπειτα από συνεδρία με τον Σύνδεσμο Γονέων του Συστήματός μας.

Στόχος μας είναι να μη χάσει κανείς την κατασκήνωση για οικονομικούς λόγους! Για αυτό, αν υπάρχει οποιοδήποτε σχετικό θέμα, παρακαλώ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας!

Σημειώνουμε ότι δε θα γίνεται επιστροφή χρημάτων, άρα η καταβολή της δόσης θα θεωρηθεί δεσμευτική δήλωση συμμετοχής στην κατασκήνωση.

Για την καλύτερη οργάνωση της κατασκήνωσης, θα ήταν καλό οι πρόσκοποι να δηλώσουν άμεσα την πρόθεση συμμετοχής τους!

Περισσότερες λεπτομέρειες για την κατασκήνωση θα δοθούν σε μετέπειτα στάδιο.

Το επιτελείο της Ομάδας βρίσκεται στη διάθεση σας για επιπλέον απορίες:

**Κουνναμάς Στέλιος 99755051, Ιωάννου Μαρία 99968338, Μαρία Χατζηγεωργίου 97667267.**

Με Προσκοπικούς Χαιρετισμούς,

-ο-

Αρχηγός 76ης Ομάδας

Βώτης

Κουνναμάς Στέλιος



## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ο Γονέας του/της ..... επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει μέρος στη Κατασκήνωση της **ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ του 76<sup>ου</sup> Συστήματος Προσκόπων Στροβόλου** με ΑΡΧΗΓΟ τον Στέλιο Κουνναμά Α.Ο.Π του 76° Σ. Π. Στροβόλου, που θα πραγματοποιηθεί στον **Κατασκηνωτικό Χώρο «Λούματα των Αετών»** στο Τρόδος την περίοδο **από τις 15 μέχρι τις 22 Ιουλίου**.

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην Βεβαίωση Κατάστασης Υγείας του παιδιού μου είναι απολύτως ακριβή και πως οι Βαθμοφόροι δεν ευθύνονται για κάτι που τυχόν πάθει και για το οποίο ενώ ήμουν γνώστης, δεν ενημέρωσα τον Αρχηγό.

Τέλος κάνω γνωστά στον Αρχηγό τα παρακάτω ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού μου σχετικά με την συμπεριφορά και τον χαρακτήρα του:.....

Σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης ειδοποιήσατε: ΟΝΟΜ/ΜΟ:..... ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ(Α):.....

Μαζί με την δήλωση συμμετοχής επισυνάπτω το ποσό των..... ευρώ για την συμμετοχή του παιδιού μου στην Κατασκήνωση.

**A' δόση: 40€**

Ο ΔΗΛΩΝ ΓΟΝΕΑΣ

**B' δόση: 40€**

**Γ' δόση: .....€**

**Όλο το ποσό: .....€**

**Ποσό με έκπτωση λόγω αδέρφια: .....€**

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑ)

## \* ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Του..... του..... διεύθυνση.....  
(ΠΡΟΣΚΟΠΟΣ) - (ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ) (ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ) (ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ - ΠΕΡΙΟΧΗ - Τ.Κ.)

τηλέφωνο(α)..... Αριθμ. Τριπλοτύπου Εγγραφής.....

## \* ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πάσχει/Επασχε από.....  
(ΑΣΘΜΑ - ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΥΤΙΩΝ - ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ κλπ.)

Κουράζεται εύκολα; - Λαχανιάζει εύκολα;.....

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια;.....  
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Χρειάζεται κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα;.....  
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Υπέστη πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις;.....  
(ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ)

Είναι ευαίσθητος/τη σε αλλεργίες ή αντιδράσεις σε φάρμακα;.....  
(ΑΝ ΝΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΜΟΡΦΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΦΑΡΜΑΚΟ)

Έκανε εμβόλια (σημειώσατε ημερομηνίες); ΤΕΤΑΝΟΥ..... ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΟΣ ..... ΑΛΛΑ .....

Έχει ανάγκη ιδιαίτερη μεταχείριση, διαίτα ή άλλη προσοχή;.....  
(ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑΣ)

Επιτρέπεται η συμμετοχή του/της.....  
(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΟΙΚΟΓΕΝ. ΓΙΑΤΡΟΥ - ΤΗΛΕΦΩΝΟ)

**\*Να συμπληρωθεί σε περίπτωση που δεν έχει δοθεί κατά την φετινή εγγραφή**