**Δήλωση Συμμετοχής στο Παγκύπριο Τζάμπορι Λυκοπούλων**

**Α. Στοιχεία Συμμετέχοντα**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα |  | | | | | Επίθετο |  | | | |
|  |  | | | | |  |  | | | |
| Σύστημα | |  | | | | | |  |  | |
|  |  | | | | |  |  | | | |
| Ημερομηνία Γέννησης | | | | /     / | | Αριθμός Προσκοπικής Ταυτότητας | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  |

**Β. Προσωπικά Στοιχεία**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα Πατέρα | | |  | | | | Όνομα Μητέρας | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Αρ. Κινητού Τηλ. Πατέρα | | | |  | | | Αρ. Κινητού Τηλ. Μητέρας | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Διεύθυνση |  | | | | | | | | | Αρ. Τηλ. Οικίας | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ταχ. Τομέας | |  | | | Πόλη |  | | | Επαρχία | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Πρόσωπο Επικοινωνίας σε έκτακτη ανάγκη | | | |  | | | | | | | | | Σχέση | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Αρ. Κινητού Τηλεφώνου | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | |

**Γ. Δήλωση Γονέα/Κηδεμόνα**

Εγώ ο/η ………………………………………………………………………………………………………….. πατέρας/μητέρα/κηδεμόνας του/της

…………………………………………………………………………………………………… δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω στο παιδί μου να λάβει

μέρος στο Παγκύπριο Τζάμπορι Λυκοπούλων του Κλάδου Λυκοπούλων που θα πραγματοποιηθεί τη Κυριακή, 14 Μαΐου 2017, στην ιδιωτική Σχολή Φόρουμ στο Πέρα Χωρίο Νήσου.

Επισυνάπτεται το ποσό των €15 (τίμημα συμμετοχής).

Παρακαλώ προσέξτε τα εξής για το παιδί μου:

|  |
| --- |
| **Ι. ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** |
| 1. Υπάρχει κάποιο είδος φαγητού που για λόγους υγείας δεν πρέπει να φάει; |
| 1. Είναι χορτοφάγος; |
| **ΙΙ. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ- ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ** |
| 1. Έχει κάποια αλλεργία και ποιά; |
| 1. Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία δύο χρόνια; |
| 1. Πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια και ποια ; (π.χ. άσθμα, καρδιακές Παθήσεις, Διαβήτης )   Υπάρχει κάποιο φάρμακο που πρέπει να του χορηγείται συστηματικά; |
| **ΙΙΙ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** |
| 1. Κουράζεται εύκολα; |
| 1. Υποβάλλεται σε κάποια θεραπευτική αγωγή; |
| 1. Έχει κάνει αντιτετανικό εμβόλιο και μέχρι πότε ισχύει; |
| 1. Υπάρχουν κάποιες φαρμακευτικές ουσίες οι οποίες απαγορεύεται να του χορηγηθούν: |
| 1. Έχει ανάγκη ειδικής μεταχείρισης, δίαιτας ή άλλης προσοχής; |
| 1. Υπάρχει κάτι το οποίο θεωρείτε σημαντικό σε σχέση με την υγεία του/της και δεν έχει καλυφτεί από τις πιο πάνω ερωτήσεις; |
| 1. Υπάρχει οτιδήποτε άλλο αναφορικά με την υγεία του/της που θα θέλατε να σημειώσετε; |
| **Αν ο συμμετέχοντας πρέπει να πάρει κατά τη διάρκεια της Δράσης κάποιο Φάρμακο που χορηγείται μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής παρακαλούμε όπως αναγραφεί πιο κάτω:**    **(Ο κηδεμόνας του συμμετέχοντα θα πρέπει να μεριμνήσει για τη προμήθεια του φαρμάκου και να εξηγήσει στον Βαθμοφόρο /συνοδό την δοσολογία και τον τρόπο λήψης του φαρμάκου αυτού)** |
| Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα : ……………………………… Ημερομηνία: …………………… |

**Δ. Επιβεβαίωση Εγγραφής**

|  |
| --- |
| Επιβεβαιώνεται ότι ο/η ............................................. είναι εγγεγραμμένος/η στα μητρώα του Σώματος Προσκόπων Κύπρου για την προσκοπική χρονιά 2016 – 2017.  Υπογραφή Αρχηγού Συστήματος: ………………………………….. Ημερομηνία : …………………………………. |

**Ε. Βεβαίωση Εφόρου Κλάδου Λυκοπούλων Επαρχιακής Εφορείας**

|  |
| --- |
| Έλαβα γνώση για τη συμμετοχή του/της ................................................ στο Παγκύπριο Τζάμπορι Λυκοπούλων του Κλάδου Λυκοπούλων.  Υπογραφή: ………………………………….. Ημερομηνία : …………………………………. |