ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ - ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΑΠΟΔΗΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΣΜΟΥ

ΠΡΟΣ

ΔΗΜΟ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

……

Ή Ν.Α.

……

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Στο Πρόγραμμα
"Οργάνωση επισκέψεων <u>Παιδιών Αποδήμων</u> (ηλικίας 8-12 & 13-17)
στην Ελλάδα για το 2009"

ΕΠΩΝΥΜΟ *(Με λατινικούς χαρακτήρες, όπως στο Διαβατήριο):*		**ΟΝΟΜΑ** *(Με λατινικούς χαρακτήρες, όπως στο Διαβατήριο):*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ *(Με λατινικούς χαρακτήρες)***:**		**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** *(Με λατινικούς χαρακτήρες)***:**	
ΕΠΩΝΥΜΟ *(Με ελληνικούς χαρακτήρες)***:**		**ΟΝΟΜΑ** *(Με ελληνικούς χαρακτήρες)***:**	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	**ΕΤΟΣ:**	**ΜΗΝΑΣ:**	**ΗΜΕΡΑ:**
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		**ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:**	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : **ΟΔΟΣ:**			**ΑΡΙΘΜΟΣ:**
ΠΟΛΗ:		**ΧΩΡΑ:**	
Ταχ. Κώδικας ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	**ΕΠΩΝΥΜΟ:**	**ΟΝΟΜΑ:**	
	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		
	ΟΔΟΣ:	**ΑΡΙΘΜΟΣ:**	**Τ.Κ.:**
	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**	

<u>ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ</u>

- Η παραμονή στο χώρο φιλοξενίας και η παρακολούθηση όλων των δραστηριοτήτων του Προγράμματος είναι υποχρεωτική.
- Κάθε κατασκηνωτής/τρια πρέπει να είναι εφοδιασμένος/η με Υγειονομικό δελτίο απ' όπου θα προκύπτει ότι το παιδί έχει κάνει όλα τα προβλεπόμενα για την ηλικία του εμβόλια και γενικότερα θα γνωστοποιείται η κατάσταση της υγείας του.
- Παρακαλούνται οι γονείς να συμπληρώσουν οπωσδήποτε τις Ιατρικές Πληροφορίες.

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ ΑΝΕΠΙΦΥΛΑΚΤΑ ΤΟΥΣ ΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ, ΟΠΩΣ ΑΥΤΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ: ΣΤΟΝ (ΦΟΡΕΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ):

_____ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ - ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΑΠΟΔΗΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΣΜΟΥ

ΠΡΟΣ

ΔΗΜΟ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

……

Ή Ν.Α.

……

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Στο Πρόγραμμα
"Οργάνωση επισκέψεων <u>Νέων Αποδήμων</u> (ηλικίας 18-25)
στην Ελλάδα για το 2009

ΕΠΩΝΥΜΟ *(Με λατινικούς χαρακτήρες, όπως στο Διαβατήριο):*		**ΟΝΟΜΑ** *(Με λατινικούς χαρακτήρες, όπως στο Διαβατήριο):*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ *(Με λατινικούς χαρακτήρες)***:**		**ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** *(Με λατινικούς χαρακτήρες)***:**	
ΕΠΩΝΥΜΟ *(Με ελληνικούς χαρακτήρες)***:**		**ΟΝΟΜΑ** *(Με ελληνικούς χαρακτήρες)***:**	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	**ΕΤΟΣ:**	**ΜΗΝΑΣ:**	**ΗΜΕΡΑ:**
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		**ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:**	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : **ΟΔΟΣ:**			**ΑΡΙΘΜΟΣ:**
ΠΟΛΗ:		**ΧΩΡΑ:**	
Ταχ. Κώδικας ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	**ΕΠΩΝΥΜΟ:**	**ΟΝΟΜΑ:**	
	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		
	ΟΔΟΣ:	**ΑΡΙΘΜΟΣ:**	**Τ.Κ.:**
	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**	

<u>ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ</u>

- Η παραμονή στο χώρο φιλοξενίας και η παρακολούθηση όλων των δραστηριοτήτων του Προγράμματος είναι υποχρεωτική.
- Κάθε φιλοξενούμενος/νη πρέπει να είναι εφοδιασμένος/η με Υγειονομικό δελτίο από όπου θα γνωστοποιείται η κατάσταση της υγείας του.
- Παρακαλούνται να συμπληρωθούν οπωσδήποτε οι Ιατρικές Πληροφορίες.

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ ΑΝΕΠΙΦΥΛΑΚΤΑ ΤΟΥΣ ΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ, ΟΠΩΣ ΑΥΤΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ: ΣΤΟΝ (ΦΟΡΕΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ):

_____ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ

Πρόγραμμα
"Οργάνωση επισκέψεων <u>Παιδιών & Νέων Αποδήμων</u> στην Ελλάδα για το 2009"

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ονοματεπώνυμο:…….
Ημερομηνία Γέννησης:……..**Τηλέφωνο Μόνιμης Κατοικίας**:…….…..
Περίοδος διαμονής στην Ελλάδα:……..**Τόπος**:……..…..
Σε περίπτωση ανάγκης να ειδοποιηθεί:……
Διεύθυνση:……**Τηλέφωνο**:……..….

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Εξέτασα σήμερα:……...**τον/την**……..……
και μπορεί να συμμετάσχει το Πρόγραμμα «Οργάνωση επισκέψεων Παιδιών & Νέων Αποδήμων στην Ελλάδα για το 2009».

Α. ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ από τα αντιτετανικά εμβόλια: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
(σε αρνητική απάντηση επιβάλλεται αντιτετανικός ορός για την περίπτωση τραύματος)

- **ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ**……..

Β. ΕΙΔΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
- ΑΛΛΕΡΓΙΑ: Φαρμακευτική – τροφική – εισπνευστική – δείγμα εντόμων

Υποχρεούται να φέρει μαζί και τα αντισταμινικά φάρμακα τα οποία είναι:

- ΔΙΑΙΤΑ & ΕΙΔΙΚΗ ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗ:

- ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΥΝΑΤΟΥ ΗΛΙΟΥ & ΘΑΛΑΣΣΑΣ:

- ΑΛΛΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:……..
Τηλέφωνο για ώρα ανάγκης:……

Υπογραφή και Σφραγίδα