

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Το ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ του Λυκόπουλου, Προσκόπου, Ανιχνευτή, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή του στις δραστηριότητες του Σώματος Ελλήνων Προσκόπων.

Συμπληρώνεται και υπογράφεται στην αρχή της Προσκοπικής περιόδου (μήνες ΣΕΠ & ΟΚΤ) από τους γονείς και έναν ιατρό (παιδίατρο, οικογενειακό ιατρό κλπ.).

Η διάρκεια του είναι ΕΤΗΣΙΑ, αφορά όλες τις Προσκοπικές δραστηριότητες (εκδρομές, κατασκηνώσεις, δράσεις με Ν/Π λέμβους κλπ.) και πρέπει να ανανεώνεται στην αρχή κάθε νέας Προσκοπικής περιόδου.

Το Δελτίο Υγείας πρέπει επίσης να ανανεώνεται μετά από σημαντικές διαταραχές της υγείας του παιδιού (σοβαρή ασθένεια, χειρουργική επέμβαση κλπ.).

Το Δελτίο Υγείας ΔΕΝ υποκαθιστά την έγγραφη συγκατάθεση που πρέπει να υπάρχει για την συμμετοχή του παιδιού σε δράσεις του Τμήματος του.

Το Ατομικό Δελτίο Υγείας παραδίδεται στον/την Αρχηγό του Τμήματος (Αγέλη, Ομάδα, Κοινότητα) και φυλάσσεται σε ειδικό φάκελο στο Σύστημα για την προστασία των πληροφοριών που περιέχει.



ΣΩΜΑ
ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Του / Της :

Έτος Γέννησης :

Σύστημα :

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(συμπληρώνεται από τους γονείς/κηδεμόνες του παιδιού)

Πόσες ώρες κοιμάται συνήθως; ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

Μήπως υπνοβατεί (τώρα ή παλαιότερα); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Πόσο καλά κολυμπάει; ☐ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΜΕΤΡΙΑ ☐ ΚΑΛΑ ☐ ΑΡΙΣΤΑ

Ζαλίζεται εύκολα στο ταξίδι ή τη θάλασσα; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Κουράζεται εύκολα στο παιχνίδι ή τον αθλητισμό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Παρουσιάζει προβλήματα δυσκολιότητας; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Υπάρχουν κάποιες τροφές που δεν πρέπει να τρώει για λόγους υγείας;

Έχει ανάγκη ιδιαίτερης μεταχείρισης ή προσοχής;

Υπάρχει οτιδήποτε άλλο σε σχέση με την συμπεριφορά, τον χαρακτήρα ή τις συνήθειες του παιδιού σας που θέλετε να αναφέρετε;

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ο/Η υπογράφων/ουσες ιατρός _____
(ονοματεπώνυμο & ειδικότητα)

αναφέρω τα παρακάτω ενδιαφέροντα στοιχεία από το ατομικό αναμνηστικό του/της :

α. Έχει παρουσιάσει κάποιες μορφής αλλεργική αντίδραση σε: _____

β. Πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα (βρογχικό άσθμα, καρδιακά νοσήματα, πάθηση των αυτιών, σακχαρώδη διαβήτη κλπ.);

γ. Λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή για το χρόνιο νόσημα;

δ. Έχει κάνει όλους τους προβλεπόμενους εμβολιασμούς; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ε. Υπάρχει κάποιο φάρμακο που δεν πρέπει να λαμβάνει για λόγους υγείας;

και αφού τον/την εξέτασα, τον/την βρήκα υγιή και ικανό/ή να συμμετέχει σε προσκοπικές δραστηριότητες με τους εξής περιορισμούς – σημεία προσοχής :

1. _____

2. _____

3. _____

πρέπει δε να λαμβάνει την εξής φαρμακευτική αγωγή :

1. _____

2. _____

3. _____

(υπογραφή γονέα)

(τόπος & ημερομηνία)

(υπογραφή – σφραγίδα ιατρού)

(τόπος & ημερομηνία)