



**ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΕΛΟΥΣ Σ.Ε.Π.
ΣΕ ΔΡΑΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ**



ΣΩΜΑ
ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /	ΒΑΡΟΣ: kg

Το δελτίο αυτό συμπληρώνεται από τον/την Ιατρό που θα υπογράψει και την Ιατρική Βεβαίωση

A. ΥΠΝΟΣ – ΦΑΓΗΤΟ – ΚΟΛΥΜΠΙ

Πόσες ώρες κοιμάται συνήθως;

Μήπως παλαιότερα ή τώρα υπνοβατεί;

Υπάρχει κάποιο φαγητό που για λόγους υγείας δεν πρέπει να τρώει, και γιατί;

.....

Γνωρίζει να κολυμπά στη θάλασσα;

Αν ΝΑΙ, πόσο καλά;

Χρησιμοποιεί βοηθητικά πλεύσης; (βατραχοπέδιλα, σωσίβιο κλ.π.);

B. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ – ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Είναι αλλεργικός/ή στα τσιμπήματα εντόμων;

.....

Είναι αλλεργικός/ή στη γύρη των δένδρων;

.....

Πάσχει από κάποια άλλου είδους αλλεργία και ποια;

.....

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα τελευταία 2 χρόνια;

Έπασχε/πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια και ποια (π.χ. άσθμα, καρδιακές παθήσεις, παθήσεις αυτιών, διαβήτη);

.....

Ποιο φάρμακο χορηγείται σε περίπτωση χρόνιας ασθένειας;

.....

Ποιες παιδικές ασθένειες έχει περάσει;

.....

Γ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Κουράζεται εύκολα;

Έχει προβλήματα δυσκοιλιότητας;

Έχει υποστεί κάταγμα σε κάποιο μέλος;

.....

Υπέστη πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις;

.....

Υποβάλλεται σε κάποια θεραπευτική αγωγή τώρα;

.....

Έχει κάνει αντιπτετανικό εμβόλιο και μέχρι πότε ισχύει;

.....

Υπάρχουν κάποιες φαρμακευτικές ουσίες οι οποίες απαγορεύεται να χορηγηθούν;

.....

.....

Έχει ανάγκη ιδιαίτερης μεταχείρισης, διαίτας ή άλλης προσοχής;

.....

.....

Υπάρχει κάτι το οποίο θεωρείται σημαντικό για την υγεία του/της και δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω ερωτήσεις;

.....

.....

.....

.....

Αν ο/η εξεταζόμενος/η πρέπει να λαμβάνει κάποιο φάρμακο που χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή, παρακαλούμε τους γονείς να διασφαλίσουν την παροχή του κατά τη διάρκεια της δράσης εξωτερικού, μαζί με φωτοτυπία της συνταγής και έγγραφων ιατρικών οδηγιών.