



## Δελτίο Υγείας Μαθητή

### για τη συμμετοχή στο Pierce Leadership Academy 2024

Επώνυμο συμμετέχοντος/ουσας

---

Όνομα συμμετέχοντος/ουσας

---

Ημερομηνία γέννησης

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Κωδικός Μαθητή

---

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Όνοματεπώνυμο

---

Διεύθυνση

---

Τηλέφωνο

---

Κιν.τηλ.

---

Σχέση/Συγγένεια με το παιδί

---

#### ΤΜΗΜΑ Α-ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Εμφανίζει ο/η συμμετέχων/ουσα κάποιο ζήτημα υγείας το οποίο θα πρέπει να γνωρίζουμε στο Summer course (αλλεργίες, φαρμακευτική αγωγή, ασθένεια, μαθησιακές δυσκολίες);

Όχι

Ναι (παρακαλώ περιγράψτε)

---

---

---

---

#### ΤΜΗΜΑ Β-ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Εξέτασα τον/την συμμετέχοντα/ουσα και βεβαιώ ότι δύναται να συμμετέχει σε δραστηριότητες του σχολείου περιλαμβανομένων τις εξωσχολικές δραστηριότητες για λόγους κάλυψης αναγκών του Summer Course

Ναι

Όχι (παρακαλώ περιγράψτε)

---

---

---

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο

---

Διεύθυνση

---

Πόλη /Ταχ. Κώδικας

---

Τηλέφωνο

---

Ημερομηνία

---

Υπογραφή/Σφραγίδα

---

Σχέση/Συγγένεια με το παιδί

---

*Τα παραπάνω στοιχεία συλλέγονται με αποκλειστικό σκοπό την διασφάλιση της υγείας των παιδιών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα και την ομαλή οργάνωση και λειτουργία του Pierce Leadership Academy. Διατηρούνται απολύτως απόρρητα και εμπιστευτικά με ευθύνη ιατρού/νοσηλεύτη κατά τα ειδικότερα οριζόμενα στους Όρους Συμμετοχής («Ενημέρωση και Συγκατάθεση για την Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων»).*