



Δελτίο Υγείας Μαθητή

για τη συμμετοχή στο Pierce Leadership Academy 2025

Επώνυμο συμμετέχοντος/ουσας

Όνομα συμμετέχοντος/ουσας

Ημερομηνία γέννησης

___ / ___ / ____

Κωδικός Μαθητή

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ονοματεπώνυμο

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

Ονοματεπώνυμο

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»).