

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

(Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι ο/η κατασκηνωτής/τρια .....  
του .....εξετάστηκε κλινικά και βρέθηκε ότι δεν πάσχει από κάποιο  
μεταδοτικό νόσημα και μπορεί να συμμετάσχει σε όλες τις κατασκηνωτικές δραστηριότητες.

**1. Έχει κάνει τα προβλεπόμενα εμβόλια.**

- A. ΝΑΙ (ημ/νία τελευταίας δόσης αντιτετανικού εμβολίου: \_\_\_\_\_)  
B. ΟΧΙ (Αναλύστε)
- 

**2. Έχει κάποιο χρόνια νόσημα (όπως καρδιοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα ή κάποιο άλλο νόσημα);**

- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναλύστε)
- 

**3. Λαμβάνει αυτή την περίοδο κάποια φάρμακα.**

- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναλύστε)
- 

**4. Έχει αλλεργία σε τρόφιμα, φάρμακα ή σε κάτι άλλο.**

- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (Αναλύστε)
- 

**5. Μπορεί να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες και σε μπάνιο στην πισίνα.**

- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ
- 

**6. Έχει νοσήσει από Covid-19;**

- A. ΟΧΙ  
B. ΝΑΙ (ημ/νία διάγνωσης: \_\_\_\_\_)
- 

Ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)