

## Έντυπο-ερωτηματολόγιο δήλωσης υγείας, πριν την είσοδο στην κατασκήνωση (για συμπλήρωση από όλα τα ενήλικα άτομα / τον γονέα ή αυτόν που ασκεί την επιμέλεια του ανηλίκου)

Όνοματεπώνυμο Κατασκηνωτή / Στελέχους	Όνοματεπώνυμο Γονέα- Κηδεμόνα	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ 15 Ημερών (Α. 12-26/7, Β. 27/7-10/8, Γ. 11-25/8)
Τηλέφωνο επικοινωνίας για τις επόμενες 14 ημέρες, μετά την άφιξη στην κατασκήνωση:			

### Ερωτήσεις

Τις τελευταίες 14 ημέρες πριν την άφιξη στην κατασκήνωση:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Έχετε τώρα ή είχατε εσείς ή οποιοδήποτε άτομο του στενού οικογενειακού σας περιβάλλοντος παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη; ( <b>πυρετό, βήχα, έντονο πονόλαιμο / πονοκέφαλο, δυσκολία στην αναπνοή, καταβολή, μυαλγία, καταρροή, γαστρεντερικές διαταραχές, απώλεια όσφρησης / γεύσης, πνευμονία</b> )		
2. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού σας περιβάλλοντος, στενή επαφή με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);		
3. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού σας οικογενειακού περιβάλλοντος, προσφέρει άμεση φροντίδα σε κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό COVID-19 ή εργαστήκατε με υγειονομικούς υπαλλήλους οι οποίοι επιμολύνθηκαν με COVID-19;		
4. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, επισκεφτεί ή βρεθήκατε σε κοντινή απόσταση με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);		
5. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, εργαστεί σε κοντινή απόσταση ή μοιραστήκατε το ίδιο περιβάλλον με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);		
6. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, ταξιδέψει με ασθενή από COVID-19 με οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς;		
7. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος σας, μείνει στη ίδια οικία με ασθενή με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19);		

- Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../ 2020

Ο δηλών / Η δηλούσα

.....  
Υπογραφή