

ΥΠΕΥΘΥΝΗ Δ Η Λ Ω Σ Η

Ο/Η..... κηδεμόνας του/της κατασκηνωτή/ κατασκηνώτριας
..... κάτοικος δηλώνω ότι έλαβα γνώση των όρων λειτουργίας
της κατασκήνωσης για το καλοκαίρι του 2020, σύμφωνα με τις οδηγίες της Εγκυκλίου με
Αρ.Πρωτ.Δ11/οικ. 23973 / 811, Αθήνα 18-06-20 του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών
Υποθέσεων, στο πλαίσιο των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της πανδημίας του
κορωνοϊού COVID-19, και δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1) Δεν είχαμε συμπτώματα στην οικογένεια από πυρετό, βήχα, δυσκολία στην αναπνοή, νεοεμφανιζόμενο αίσθημα αδυναμίας/ εύκολης κόπωσης, ρινική καταρροή, εμέτους/διάρροιες, φαρυγγαλγία, επίμονη κεφαλαλγία, απώλεια γεύσης/ όσφρησης τις τελευταίες 6 εβδομάδες.
- 2) Δεν είχαμε επαφή τις τελευταίες 14 ημέρες με επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19.
- 3) Δεν επέστρεψε κάποιο μέλος της οικογένειας από το εξωτερικό τις τελευταίες 14 μέρες.
- 4) Δεν βρίσκεται επί του παρόντος η περιοχή διαμονής μας σε τοπικό lockdown.
- 5) Ο κατασκηνωτής γνωρίζει τα βασικά μέτρα ατομικής υγιεινής (πλύσιμο χεριών, χρήση αντισηπτικού διαλύματος, αναπνευστική υγιεινή κτλ), όπως αυτά αναγράφονται στην Εγκύκλιο.

Και συναινώ στα κάτωθι:

- 6) Κατασκηνωτής που ανήκει σε ομάδα αυξημένου κινδύνου, λόγω υποκείμενου νοσήματος, έχει ρητή, έγγραφη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού του για τη συμμετοχή του στην κατασκήνωση.
- 7) Σε περίπτωση που ο κατασκηνωτής εμφανίσει συμπτώματα ύποπτα για λοίμωξη COVID-19, θα ειδοποιηθεί ο κηδεμόνας για την παραλαβή και προσωρινή απομάκρυνσή του προς περαιτέρω διερεύνηση.

Ημερομηνία

Ο/Η κηδεμόνας