ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ / ΤΡΙΑΣ

Έκδοση: 21/28.05.2025 **Αναθεωρεί την**: 20/20.05.2024

1. ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ / ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΩΝ			
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΕΣΩ ΦΟΡΕΑ:		**ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ:**	
☐		☐	
(συμπλήρωση με Χ ή √ανάλογα με τον τρόπο συμμετοχής. Προσοχή: Μόνο μία επιλογή)			
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ:		*(δεν συμπληρώνεται για μεμονωμένες συμμετοχές)*	
…….……..……..			
Υπεύθυνος Φορέα για το ΚΠ ΑμεΑ (Πρόεδρος)			
…….……..……..			
ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΩΝ			
(συμπληρώνεται από τον φορέα στο διαβιβαστικό έγγραφο για τη συμμετοχή στο Πρόγραμμα)		Κατασκηνωτικός χώρος:	…….
		Περίοδος:	…….

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ *(συμπλήρωση με κεφαλαία)*			
Ονοματεπώνυμο:	……		ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ
Όνομα Πατρός:	……		
Έτος γέννησης:	……..……	***(Όριο ηλικίας από 10 έως 50 ετών)***	
Α.Μ.Κ.Α. κατασκηνωτή/τριας:	……		
Ονοματεπώνυμο Γονέα ή Κηδεμόνα:	……		
Τηλέφωνο επικοινωνίας:	……		
Διεύθυνση κατοικίας – Πόλη:	……..……..……		
Τηλέφωνο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης & σε ποιον/α ανήκει:	Αριθμός τηλεφώνου:	Κάτοχος (ονοματεπώνυμο, ιδιότητα)	
	……	……..	

3. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ – ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ			
Α. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: (*λ.χ. νοητική, αυτισμός, εγκ. παράλυση, αισθητηριακές ή ψυχοσωματικές ή κινητικές ή πολλαπλές αναπηρίες*)	……..		
Β. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ βάσει απόφασης Υγειονομικής Επιτροπής:	……...	***Επισυνάπτεται φωτοαντίγραφο της απόφασης – ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ***	
Γ. ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:	Μέτρια [ ]	Σοβαρή [ ]	Πολύ σοβαρή [ ]
Δ. ΑΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ (πέρα από την αναπηρία):	Αλλεργία:	[ ]	
	Καρδιοπάθεια:	[ ]	
	Ικανότητα όρασης:	Κανονική: [ ] Μειωμένη: [ ]	
	Ικανότητα ακοής:	Κανονική: [ ] Μειωμένη: [ ]	
	Ικανότητα επικοινωνίας:	[ ]	
	Υπάρχει λεκτική επικοινωνία;	ΝΑΙ: [ ] ΟΧΙ: [ ]	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ / ΤΡΙΑΣ

Έκδοση: 21/28.05.2025 **Αναθεωρεί την**: 20/20.05.2024

Ε. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ; ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΩΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.	.....			
ΣΤ. ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
Ζ. ΕΧΕΙ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΕΙ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΤΗ;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
	ΕΤΟΣ/Η:			
Η. ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ:	Ηπατίτιδας Α [ ]	Φυματίωσης [ ]	Τετάνου [ ]	
	Απαραιτήτως επισυνάπτεται ως αποδεικτικό, φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου εμβολίων (έγχαρτο ή ψηφιακό) – ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ			
Θ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
Ι. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ***<u>Σημείωση</u>: Κατά την κατασκηνωτική περίοδο, την ευθύνη για την προμήθεια και επάρκεια των φαρμάκων της αγωγής του/της κατασκηνωτή/τριας, έχει η οικογένειά του/της ή το Ίδρυμα και όχι η ΠΟΣΓΚΑμεΑ.***	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
	Είδος – ονομασία φαρμάκου:			
	Ποσότητες – Δοσολογία:			
ΙΑ. ΕΧΕΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ; (λ.χ. σακχαρώδη διαβήτη, έλλειψη ενζύμων κλπ.)	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
ΙΒ. ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΛΟΓΩ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ή ΠΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΕΣ;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
	.....			
	.....			
ΙΓ. ΕΚΑΝΕ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΚΑΠΟΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
ΙΔ. ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ/Η;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
Τηρεί μόνος/η του/της τους όρους της ατομικής υγιεινής (τουαλέτα, ξύρισμα, πλύσιμο δοντιών κλπ);	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
Έχει ακράτεια, χρησιμοποιεί πάνες ή υποφέρει από δυσκοιλιότητα;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]
Μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδιο;	ΝΑΙ:	[ ]	ΟΧΙ:	[ ]

4. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Π. ΑμεΑ

Απαιτείται, ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ, η συμπλήρωση *από θεράποντα ιατρό – ιδιώτη, ασφαλιστικού φορέα, δημοσίου κ.ά- στην οποία να αναγράφεται η κατάσταση υγείας του/της υποψηφίου/ας, ότι δεν πάσχει από μεταδοτικά νοσήματα, ότι η εν γένει κατάσταση της υγείας του/της επιτρέπει τη συμμετοχή σε κατασκηνωτικό πρόγραμμα και τυχόν λοιπές παρατηρήσεις (λ.χ. φαρμακευτική αγωγή, αλλεργίες κ.ά.)*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

.....

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ / ΤΡΙΑΣ

Έκδοση: 21/28.05.2025 **Αναθεωρεί την**: 20/20.05.2024

5. ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ – ΚΗΔΕΜΟΝΑ ή ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΝΠΙΔ, ΝΠΔΔ ή ΟΡΙΣΘΕΝΤΟΣ/ΕΙΣΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ/ΗΣ ΚΠ ΑμεΑ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α. Τα παραπάνω στοιχεία του εντύπου «ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ» είναι αληθή και ακριβή και συμφωνώ για τη συμμετοχή του/της (*ονοματεπώνυμο*): …….. (εφεξής «υποψήφιος/α κατασκηνωτής/τρια») στις κατασκηνώσεις του Κρατικού Κατασκηνωτικού Προγράμματος ΑμεΑ.

Β. Ο/Η «υποψήφιος/α κατασκηνωτής/τρια» είναι κατάλληλος/η για να συμμετάσχει στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ΑμεΑ, βάσει και της υποδείξεως του/της Ιατρού που υπογράφει παραπάνω για την κατάσταση της υγείας του/της, απαλλασσόμενης της ΠΟΣΓΚΑμεΑ από κάθε ευθύνης περί καταλληλότητας συμμετοχής του/της υποψηφίου/ας κατασκηνωτή/τριας.

Γ. Δεν θα συμμετέχω στην κατασκήνωση ως συνοδός του τέκνου μου.

Δ. Συναινώ στην επεξεργασία των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων από την ΠΟΣΓΚΑμεΑ για τις ανάγκες του Κρατικού Κατασκηνωτικού Προγράμματος ΑμεΑ 2025, καθώς και στη διαβίβασή τους από την ΠΟΣΓΚΑμεΑ στις αρμόδιες υπηρεσίες της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, επίσης για τις ανάγκες του Κρατικού Κατασκηνωτικού Προγράμματος ΑμεΑ 2025.

Ε. Έλαβα γνώση για το περιεχόμενο της Πρόσκλησης της ΠΟΣΓΚΑμεΑ για τη συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ΑμεΑ 2025, και

- επιτρέπω ρητά τη συμμετοχή του/της «υποψήφιου/ας κατασκηνωτή/τριας» στο ΚΠ ΑμεΑ 2025, σύμφωνα με τα οριζόμενα στα ανωτέρω,
- αναλαμβάνω την ευθύνη για τις ενέργειες στις οποίες οφείλω να προβώ και τις δεσμεύσεις που υποχρεούμαι να τηρήσω, σε όλα τα στάδια του ΚΠ ΑμεΑ 2025 (αιτήσεις, προετοιμασία για την προσέλευση, διαμονή, αποχώρηση), για τη συμμετοχή του/της «υποψήφιου/ας κατασκηνωτή/τριας» στο ΚΠ ΑμεΑ 2025. Ρητά και κατηγορηματικά, η ΠΟΣΓΚΑμεΑ ουδεμία ευθύνη φέρει σε περίπτωση που δεν ενεργήσω όσα προβλέπονται,
- είναι σε γνώση μου πως ανεξαρτήτως της ένταξης του/της «υποψήφιου/ας κατασκηνωτή/τριας» στο ΚΠ ΑμεΑ, είναι πιθανή η αποχώρησή του/της σε επόμενα στάδια (προσέλευση, διαμονή), εφόσον συντρέξει λόγος. Στην περίπτωση που η αποχώρηση κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της διαμονής στον κατασκηνωτικό χώρο, αναλαμβάνω την ευθύνη για την αυθημερόν παραλαβή του/της, κατόπιν απλής ειδοποίησης από την ΠΟΣΓΚΑμεΑ.

Ημερομηνία: …../…../2025

Για τη θεώρηση του Δελτίου,

<u>Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Γονέα – Κηδεμόνα</u>
***ή** «υποψήφιου/ας κατασκηνωτή/τριας (σε περίπτωση που η αίτηση υποβάλλεται από τον/την ίδιο/α)*

***ή** Προέδρου – Υπεύθυνου Κέντρου Κλειστής Περίθαλψης, Μονάδας Παιδικής Προστασίας κ.τ.ό.. (σε περίπτωση που δεν υφίσταται γονέας/ κηδεμόνας) & <u>σφραγίδα φορέα</u>*

……

<u>Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή & Σφραγίδα Προέδρου Φορέα, ΝΠΙΔ, ΝΠΔΔ</u>
(ΜΟΝΟ για αιτήσεις συμμετοχής μέσω Φορέων, όπως επισημάνθηκε στο πεδίο 1 του παρόντος)

……

<u>ΠΡΟΣΟΧΗ:</u>
Α) Πληροφοριακά δελτία τα οποία δεν φέρουν υπογραφές Γονέα ή Κηδεμόνα και Ιατρού ή/και που δεν είναι επαρκώς συμπληρωμένα και θεωρημένα από τον Πρόεδρο κάθε φορέα (όπου βρίσκει εφαρμογή), δεν θα γίνονται αποδεκτά.
Β) Οι γονείς, οι κηδεμόνες και οι πρόεδροι των ιδρυμάτων (ή οι υπεύθυνοι που έχουν οριστεί από τα ιδρύματα) φέρουν στο ακέραιο την ευθύνη για την αλήθεια και ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται στο παρόν πληροφοριακό δελτίο.
Γ) Οι γονείς, οι κηδεμόνες, οι πρόεδροι των φορέων ή/και οι υπεύθυνοι των φορέων και οι πρόεδροι των ιδρυμάτων (ή οι υπεύθυνοι που έχουν οριστεί από τα ιδρύματα) φέρουν στο ακέραιο την ευθύνη για την επιλογή, ενημέρωση και την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια των συνοδών των υποψηφίων κατασκηνωτών/τριών.
<u>Δ) Για τους/τις υποψηφίους/ες κατασκηνωτές/τριες που έχουν γεννηθεί το 1975, συνυποβάλλεται φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας ή άλλου δημόσιου εγγράφου, που αναγράφει την πλήρη ημερομηνία γέννησής τους.</u>
Ε) Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων 2016/679, η ΠΟΣΓΚΑμεΑ δεσμεύεται ότι τα ανωτέρω αναφερόμενα προσωπικά στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από την Ομοσπονδία, τις αρμόδιες υπηρεσίες της Γεν. Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας για το Πρόγραμμα και μόνο σε ό,τι αφορά το Κ.Π. ΑμεΑ 2025, θα φυλαχθούν σε ειδικό φυσικό αρχείο επί 10ετία για ενδεχόμενο έλεγχο αρμοδίων δημόσιων υπηρεσιών και κατόπιν θα καταστραφούν με κατάλληλα μηχανικά μέσα.