

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:.....

ΟΝΟΜΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:.....

1. Έχει νοσήσει ο κατασκηνωτής από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ'οίκον περιορισμό)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

2. Έχει εμφανίσει ο κατασκηνωτής συμπτώματα του COVID-19 (πυρετό, βήχα, αίσθημα κόπωσης, μυαλγίες)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

3. Έχει έρθει ο κατασκηνωτής σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 μέρες

ΝΑΙ

ΟΧΙ

- Ένδειξη θερμομέτρησης κατά την είσοδο του κατασκηνωτή στον χώρο της κατασκήνωσης:.....
- Υπενθυμίζουμε ότι βάσει των πρωτοκόλλων ασφαλούς λειτουργίας του Υπουργείου ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ τα επισκεπτήρια στον χώρο της κατασκήνωσης

Ο/Η Δηλ.....

.....

(Υπογραφή)

