

**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 2021, 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. 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:

1. 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.
2. 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