

ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΕΩΝ

Οδός Κυπριακού Ερυθρού Σταυρού 3, Τ.Θ. 24928, CY 1305 Λευκωσία
Τηλ.: 22665166 – Φαξ: 22662433

KIBRIS KIZIL HAÇ CEMİYETİ GENÇLİK DAİRESİ

Kypriakos Erythros Stavros Sok 3, CY2063
Posta Kutusu 24928, CY-1305 Lefkoşa
Tel.: 22665166 – Fax: 22662433



CYPRUS RED CROSS SOCIETY YOUTH SECTION

Kypriakou Erythrou Stavrou Str. 3, CY2063
P.O. Box 24928, CY- 1305 Nicosia
Tel.: 22665166 – Fax: 22662433

youth@redcross.org.cy
www.redcross.org.cy

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΜΗΜΑ ΝΕΩΝ ΚΥΠΡΙΑΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ 2025 ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ ΔΗΜΟΥ ΛΑΚΑΤΑΜΙΑΣ – ΧΑΝΔΡΙΑ

Στόχος Κατασκήνωσης: Ο στόχος είναι η ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των μαθητών – εθελοντών του Τμήματος Νέων, γύρω από τις αρχές και αξίες του Ερυθρού Σταυρού, όπως ενεργά εκφράζονται μέσα από τα διάφορα ανθρωπιστικά και κοινωνικά ζητήματα.

Κόστος Συμμετοχής: €50.00 το άτομο

ΠΕΡΙΟΔΟΣ: 20 – 27 Ιουνίου 2025

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: -----

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ: -----

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: -----

ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΩΣ ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ: -----

ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: -----

ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ: -----

ΣΧΟΛΕΙΟ: -----

ΤΑΞΗ (Σχολική Χρονιά 2024 - 2025): -----

ΟΝΟΜΑ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: -----

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΣ ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ: -----

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΓΟΝΕΩΣ ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ: -----

Γραφείου: ----- Κατοικίας: -----

Άλλο τηλέφωνο: -----

Υπογραφή Γονέως ή Κηδεμόνα

----- Ημερομηνία: -----



Είσαστε μέλος/εθελοντής του Ερυθρού Σταυρού;

ΝΑΙ -----

ΟΧΙ -----

Αν ναι, από πότε: -----

Ενδιαφέροντα:

Βάλτε σε σειρά προτεραιότητας τα θέματα που θα θέλατε να ασχοληθείτε στην κατασκήνωση (1 βαθμό σε αυτό που σας ενδιαφέρει περισσότερο και 10 στο λιγότερο).

1. AIDS/HIV Πρόληψη
 2. Προώθηση Αρχών Ερυθρού Σταυρού
 3. Πρώτες Βοήθειες
 4. Ναρκωτικά
 5. Ανάπτυξη περιβαλλοντικής συνείδησης
 6. Ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων
 7. Οδική ασφάλεια
 8. Ανεκτικότητα (Σέβομαι το διαφορετικό)
 9. Προσωπική Υγιεινή
 10. Ολυμπιακό πνεύμα
 11. Άλλα Θέματα
- A) -----
- B) -----

Γιατί θα θέλατε να λάβετε μέρος στην κατασκήνωση;

Υπογραφή Αιτητή

Σημείωση: Τα προσωπικά δεδομένα που μας κοινοποιείτε είναι απαραίτητα για να μπορέσουμε να εκπληρώσουμε τις υποχρεώσεις μας έναντι σας και για να διασφαλίσουμε τα νόμιμα συμφέροντα του Κυπριακού Ερυθρού Σταυρού. Το παρόν έντυπο φυλάγεται σε ασφαλές μέρος στο οποίο πρόσβαση έχουν μόνο εξουσιοδοτημένα άτομα. Τα δεδομένα σας δεν φυλάγονται κάπου αλλού και το παρόν έντυπο καταστρέφεται μετά την πάροδο 3 (τρία) ετών.



ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ -(Να συμπληρωθεί από τον προσωπικό σας γιατρό):

ΟΝΟΜΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΓΙΑΤΡΟΥ:-----

ΟΝΟΜΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ: -----

ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ (Σημειώστε με ένα «Χ» εάν πάσχει από οποιαδήποτε ασθένεια από τις πιο κάτω):

Καρδιοπάθεια ()

Ζαχαρώδης Διαβήτης ()

Επιληψία ()

Ρινορραγία ()

Άσθμα ()

Λιποθυμία ()

Μεσογειακή αναιμία ()

Πρόσφατη εγχείρηση / ημερομηνία ()

Εμβόλιο τετάνου / ημερομηνία ()

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΕΙ:

Φαγητά ()

Τσίμπημα εντόμων ()

Φυτά ()

Φάρμακα ()

Άλλα ()

Φάρμακα και δόσεις αυτών που τυχόν θα χρειαστεί στην κατασκήνωση:

Δηλώστε αν είναι εμβολιασμένος με οποιαδήποτε εμβόλια:-----

Δηλώστε οτιδήποτε άλλο θεωρείτε απαραίτητο: -----

Πιστοποιώ ότι τα πιο πάνω εξ' όσων γνωρίζω είναι ορθά.

Υπογραφή και Σφραγίδα γιατρού

Ημερομηνία

Σημείωση: Αναγκαία η σφραγίδα γιατρού

Σημείωση: Τα προσωπικά δεδομένα που μας κοινοποιείτε είναι απαραίτητα για να μπορέσουμε να εκπληρώσουμε τις υποχρεώσεις μας έναντι σας και για να διασφαλίσουμε τα νόμιμα συμφέροντα του Κυπριακού Ερυθρού Σταυρού. Το παρόν έντυπο φυλάγεται σε ασφαλές μέρος στο οποίο πρόσβαση έχουν μόνο εξουσιοδοτημένα άτομα. Τα δεδομένα σας δεν φυλάγονται κάπου αλλού και το παρόν έντυπο καταστρέφεται μετά την πάροδο 3 (τρία) ετών.