

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ / / 2019
ΠΡΟΣ : Το Θεραπευτήριο Χρόνιων
Παθήσεων Ευρυτανίας

ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ Η΄
ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ:.....
.....
ΟΝΟΜΑ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
ΤΚ:
ΔΗΜΟΣ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΤΑΘΕΡΟ:
ΚΙΝΗΤΟ:
EMAIL:
ΘΕΜΑ: Συμμετοχή σε απογευματινές συνεδρίες.

Συνημμένα σας υποβάλλω :

- 1.Βεβαίωση ΚΕΠΑ η βεβαίωση δημοσίου φορέα σχετικό με την αναπηρία του και το ποσοστό επί τοις εκατό.
- 2.Βεβαίωση γιατρού ότι μπορεί να κάνει γυμναστική ή ατομικό δελτίο μαθητή σε ισχύ.
- 3.Βιβλιαριο εμβολίων.
- 4.Βεβαίωση γιατρού για τον αριθμό και το είδος των φυσικό θεραπευσιών.
- 5.Φαρμακευτική αγωγή και την δοσολογία.

Προσοχή. Σε περίπτωση που είστε από δημοτική ενότητα ενημερώστε για να γίνονται συνεχόμενες οι θεραπείες.

Σας γνωρίζω ότι
ο/η.....

είναι άτομο με αναπηρία.

Επιθυμώ να συμμετέχει

Στην Λογοθεραπεία

Στην Φυσικόθεραπεία

Στην Γυμναστική

Δηλώνω υπεύθυνα :

- 1.Δεν έχει αλλεργία και αν ναι σε τι.....
- 2.Θα φέρνω μόνος μου η μόνη μου το παιδί στο θεραπευτήριο και θα παραμένω στην αίθουσα αναμονής μέχρι να ολοκληρωθούν οι θεραπείες.
- 3 Δεν έχω από κρίψει οτιδήποτε σχετικό με την υγεία του.
4. Έχω ενημερωθεί ότι το πρόγραμμα έχει διάρκεια ενός χρόνου
5. Θα συνεργαστώ με τους υπεύθυνους του προγράμματος.

Ο Αιτών και υπεύθυνα δηλών ΑΔΤ:

Ονοματεπώνυμο:

Συναινώ στην επεξεργασία των
ευαίσθητων προσωπικών μου
δεδομένων