

(ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η παρακάτω υπογράφων/ουσα
..... δηλώνω ότι δεν έχω κανένα πρόβλημα υγείας, πέρα αυτών που συμπεριλαμβάνονται μετέπειτα στην αίτηση, και μπορώ να συμμετέχω στις δραστηριότητες του Θεατρικού Εργαστηρίου του Κρατικού Θεάτρου Βορείου Ελλάδος. Ως εκ τούτου δηλώνω και αποδέχομαι ότι σε περίπτωση που παρουσιάσω κατά την διάρκεια συμμετοχής μου στο Θεατρικό Εργαστήρι του Κρατικού Θεάτρου Βορείου Ελλάδος οποιοδήποτε σύμπτωμα ή πρόβλημα υγείας, το οποίο αποδεδειγμένα (κατόπιν διάγνωσης από δημόσιο νοσοκομείο) οφείλεται σε παθολογικό αίτιο - το οποίο αποκρύπτω ή αγνώω, το ΚΘΒΕ δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη.

(ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η παρακάτω υπογράφων/ουσα
..... γονέας-κηδεμόνας του/της
.....
του (όνομα πατρός) δηλώνω ότι το παραπάνω τέκνο
μου δεν έχει κανένα πρόβλημα υγείας, πέρα αυτών που συμπεριλαμβάνονται
μετέπειτα στην αίτηση, και μπορεί να συμμετέχει στις δραστηριότητες του
Θεατρικού Εργαστηρίου του Κρατικού Θεάτρου Βορείου Ελλάδος. Ως εκ τούτου
δηλώνω και αποδέχομαι ότι σε περίπτωση που το παραπάνω τέκνο μου
παρουσιάσει κατά την διάρκεια συμμετοχής του στο Θεατρικό Εργαστήρι του
Κρατικού Θεάτρου Βορείου Ελλάδος οποιοδήποτε σύμπτωμα ή πρόβλημα
υγείας, το οποίο αποδεδειγμένα (κατόπιν διάγνωσης από δημόσιο νοσοκομείο)
οφείλεται σε παθολογικό αίτιο - το οποίο, ως γονέας - κηδεμόνας -
αποκρύπτω ή αγνώω, το ΚΘΒΕ δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη.

1. Ο/η συμμετέχοντας/ουσα θα έρχεται και θα φεύγει μόνο/η του/της από το χώρο διεξαγωγής του Θεατρικού Εργαστηρίου.

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΟΧΙ, ποιος θα τον/την συνοδεύει;

Τηλέφωνο επικοινωνίας του συνοδού:

2. Έχει ο/η συμμετέχοντας/ουσα κάποιο χρόνια παθολογικό πρόβλημα υγείας; (π.χ. άσθμα, επιληψία, καρδιακές παθήσεις, διαβήτης, υπνοβασία κ.α.)

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΝΑΙ, περιγράψτε το παρακάτω:

3. Αντιμετωπίζει ο/η συμμετέχων/ουσα δυσκολίες στην όραση;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΝΑΙ, χρησιμοποιεί κάποιον υποστηρικτικό μηχανισμό;

4. Αντιμετωπίζει ο/η συμμετέχων/ουσα δυσκολίες στην ακοή;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΝΑΙ, χρησιμοποιεί κάποιον υποστηρικτικό μηχανισμό;

5. Αντιμετωπίζει ο/η συμμετέχων/ουσα δυσκολίες στην κίνηση;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΝΑΙ, χρησιμοποιεί κάποιον υποστηρικτικό μηχανισμό;

(π.χ. αμαξίδιο)

6. Αντιμετωπίζει ο/η συμμετέχων/ουσα δυσκολίες στο λόγο;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΝΑΙ, συνδιαλέγεται με κάποια άλλη μορφή επικοινωνίας;

(π.χ. νοηματική γλώσσα)

7. Λαμβάνει ο/η συμμετέχοντας/ουσα φαρμακευτική αγωγή;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΝΑΙ, δηλώνεται υπεύθυνα πως μόνο ο υπογράφων, ως γονέας/κηδεμόνας, είναι υπεύθυνος για τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής του/της συμμετέχοντα/ουσας.

Συμπληρώστε την ώρα/τις ώρες που λαμβάνεται η φαρμακευτική αγωγή:

8. Πάσχει από κάποιου είδους αλλεργία;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Αν ΝΑΙ, ποια;

9. Κουράζεται εύκολα; Λαχανιάζει εύκολα;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

10. Ο/Η συμμετέχων/ουσα αυτοεξυπηρετείται;

(π.χ. κατά την επίσκεψη στην τουαλέτα, δέσιμο παπουτσιών κ.α.)

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

11. Αν θέλετε να προσθέσετε οτιδήποτε θεωρείτε πως πρέπει να γνωρίζουν οι διδάσκοντες παρακαλούμε συμπληρώστε το παρακάτω:

α) Διατροφικές ιδιαιτερότητες (π.χ. κάποια συστατικά που δεν πρέπει να καταναλώνει κ.α.):

β) Συμπεριφορικές ιδιαιτερότητες του/της συμμετέχοντα/ουσας που μπορεί να επηρεάσει τον/την ίδιο/α, τους άλλους ή τη ροή του μαθήματος:

γ) Άλλο:

Θεσσαλονίκη/...../ 2019

Ο/Η γονέας/κηδεμόνας, συμμετέχων

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή