

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

1. ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ(Τροφές κ.λ.π.):

2. Έχει Έλλειψη G6PD:

ΝΑΙ		ΟΧΙ	
-----	--	-----	--

3. Υπάρχει επεισόδιο πυρετικών σπασμών:

ΝΑΙ		ΟΧΙ	
-----	--	-----	--

4. ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ:

ΑΡΝΗΤΙΚΗ		ΘΕΤΙΚΗ	
----------	--	--------	--

5. Εμβολιασμός με το εμβόλιο της ιλαράς- ερυθράς- παρωτίτιδας(MMR):

6. ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Ο / Η _____ είναι κλινικά υγιής, πλήρως εμβολιασμένος / η με τα εμβόλια που προβλέπονται κάθε φορά ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και μπορεί να φιλοξενηθεί στο ΚΔΑΠ Σπάτων και να συμμετέχει στις αθλητικές δραστηριότητες.

Ημερομηνία ___ / ___ / ___

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή – Σφραγίδα- Τηλέφωνο)

*Επιπλέον για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας.