

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:.....**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:****ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:**.....**ΥΨΟΣ:**.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΕΞΕΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ
Χρόνιο Νόσημα :			
Λοιμώδη Νόσημα:			
Χειρουργικές Επεμβάσεις:			
<u>Αλλεργικές εκδηλώσεις</u> (φάρμακα , τροφές κλπ)			
Έλλειψη G6PD:			
Βρογχικό Άσθμα :			
Επεισόδιο Σπασμών :			
Λιποθυμικές Τάσεις :			
Επιληψία :			
Άλλα Προβλήματα Υγείας:			

- Είναι **πλήρως εμβολιασμένος/η** για την ηλικία του/της , σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού **ΝΑΙ**..... **ΟΧΙ**.....

ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ
Προβλήματα ψυχοκινητικής Ανάπτυξης:			
Προβλήματα Συμπεριφοράς:			
Παρακολουθεί θεραπείες από ειδικούς εργοθεραπεία, λογοθεραπεία κ.λ.π.:			
Αντιπυρετικά Φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει			
Έλεγχος σφιγκτήρων (από 2,5 ετών)	ΚΥΚΛΩΣΤΕ	ΠΛΗΡΗΣ	ΜΗ ΠΛΗΡΗΣ ΚΑΘΟΛΟΥ

Ο/Η.....ΤΟΥ.....

είναι κλινικά υγιής και μπορεί να φιλοξενηθεί και να ενταχθεί στο κοινό πλαίσιο λειτουργίας παιδικού/βρεφονηπιακού/βρεφικού σταθμού: **ΝΑΙ**..... **ΟΧΙ**.....Το παρόν ατομικό πιστοποιητικό υγείας παιδιού χορηγείται για αποκλειστική χρήση ,ως απαραίτητο δικαιολογητικό αίτησης εγγραφής ή επανεγγραφής σε παιδικό/βρεφονηπιακό Σταθμό του Δήμου .

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:...../...../20.....

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ -ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

Εμβόλια** : Φωτοτυπία σελ. Βιβλιαρίου Υγείας: Την πρώτη με τα στοιχεία του παιδιού και τις σελίδες όπου είναι τα εμβόλια καταχωρημέναΣημείωση**: Στην περίπτωση που εντοπίζεται απόκλιση (σωματική ή ψυχική) το παιδί παραπέμπεται σε **ιατρό κατάλληλης ειδικότητας**, για γνωμάτευση σχετική με τη δυνατότητα φιλοξενίας ή μη σε παιδικό Σταθμό.