



ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ

Όνοματεπώνυμο παιδιού			
Ημερομηνία Γέννησης			
Χρόνιο Νόσημα	<u>Αγωγή που παίρνει σε καθημερινή βάση</u>		
Χειρουργική Επέμβαση			
Αλλεργικές εκδηλώσεις	<u>Τροφές που απαγορεύονται</u>		
Ανάπτυξη (Λόγου, Συμπεριφοράς, Κίνησης, Αυτιστικά Στοιχεία) Σημειώστε:		<u>Θετικό</u> <input type="checkbox"/>	<u>Αρνητικό</u> <input type="checkbox"/>
Εξέταση κατά Συστήματα Σημειώστε:			
Έλλειψη G6PD	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Επεισόδιο Σπασμών	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<u>Εάν ΝΑΙ σημειώστε :</u>
Υπάρχουν Φάρμακα που δεν μπορεί να παίρνει			
Άλλες Παρατηρήσεις- Κάτι που κρίνετε ότι πρέπει να γνωρίζουν οι παιδαγωγοί του Σταθμού:			
Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	<u>Εάν ΟΧΙ εξηγήστε γιατί :</u>
<u>Ο / Η:</u> <u>του:</u> <u>Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό Σταθμό.</u>			

Ημερομηνία Εξέτασης ____ / ____ / 2018

Στοιχεία Ιατρού (Υπογραφή – Σφραγίδα)

Για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου σε φωτοτυπίες.