



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>	<u>Αρνητικό</u>
Εξέταση κατά Συστήματα Σημειώστε:				
Ελλειψη G6PD	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Επεισόδιο Σπασμών	ΝΑΙ	ΟΧΙ	<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	ΟΧΙ	<u>Εάν ΟΧΙ εξηγήστε γιατί :</u>	
<u>Ο / Η:</u> <u>ΤΟΥ:</u> <u>Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό Σταθμό.</u>				

Ημερομηνία Εξέτασης _____ / _____ / 2017

Στοιχεία Ιατρού (Υπογραφή - Σφραγίδα)

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