

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Παρακαλείστε να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από Παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ :	

1. Περιγεννητικό Ιστορικό.....

2. Ψυχοκινητική ανάπτυξη και λόγος.....

3. Έλεγχος Σφιγκτήρων (από 2,5ετών):(κυκλώστε) ΠΛΗΡΗΣ ΜΗ ΠΛΗΡΗΣ ΚΑΘΟΛΟΥ

4. Αλλεργικές Εκδηλώσεις και κάθε είδους ιδιαιτερότητες που χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση

5. Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του; (κυκλώστε) ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Πάσχει από οικογενή, κληρονομικά, μεταδοτικά γονιδιακά, κλπ νοσήματα;

7. Χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν γίνει.....

8. Χρόνια φαρμακευτική αγωγή για ειδικό νόσημα.....

9. Πρόσφατη φυματινοαντίδραση mantoux όπως προβλέπεται(κυκλώστε) ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο/Η.....του.....και της.....είναι κλινικά
(σωματικά και πνευματικά) υγιής και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό/Βρεφικό Σταθμό.

Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό συνοδεύεται από έκθεση-γνωμάτευση ειδικού Ιατρού κρατικού νοσηλευτικού Ιδρύματος.

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΩΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ Ή ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΙΔΙΚΟΥΣ ΣΤΑΘΜΟΥΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΤΑΝΑΓΡΑΣ.

ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ, ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΑΜΕΣΩΣ Ο ΓΟΝΕΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΕΚΑΒ.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/ ΣΦΡΑΓΙΔΑ/ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
