**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ** (Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

**ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ :**…………………………………………………………………….

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ:**…………………………………………………………………………

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**……………………………………………………………

**1 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ :**

 Εκτίμηση του παιδιού που αφορά στην επικοινωνιακή του ικανότητα: ………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

1. **ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ(**Τροφέςκ.λ.π.**):** ………………………............................................ …………………………………………………………………………………………………………
2. **Έχει Έλλειψη G6PD:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΝΑΙ** |  | **ΟΧΙ** |  |

1. **Yπάρχει επεισόδιοπυρετικών σπασμών:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΝΑΙ** |  | **ΟΧΙ** |  |

1. **ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ MANTOUX(**πρόσφατη**):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΑΡΝΗΤΙΚΗ**  |  |  **ΘΕΤΙΚΗ** |  |

1. **Εμβολιασμός με το εμβόλιο της ιλαράς- ερυθράς- παρωτίτιδας(ΜΜR): ……………………….**
2. **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 στον Παιδικό ή Βρεφονηπιακό Σταθμό και να συμμετέχει στις αθλητικές δραστηριότητες.

Ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή – Σφραγίδα- Τηλέφωνο)