

|  |
| --- |
| **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ- ΓΟΝΕΑ**  **……………………………………………………** |

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΝΟΜΟΣ ΑΧΑΪΑΣ**

**ΔΗΜΟΣ ΠΑΤΡΕΩΝ**

## **ΝΠΔΔ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ**

## **ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ |  | | | | | | | | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | | | | | | | | |
| ΒΑΡΟΣ |  | | | | |  | | | |
| ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ |  | | | | | | | | |
| ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ (ΦΑΡΜΑΚΑ, ΤΡΟΦΕΣ, ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΚΛΠ) |  | | | | | | | | |
| ΕΜΒΟΛΙΑ |  | | | | | | | | |
| ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD | ΝΑΙ | | | ΟΧΙ | |  | | | |
| ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ | ΝΑΙ | | | ΟΧΙ | |
| ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΙΤΙΑ |  | | | | | | | | |
| ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ) |  | | | | | | | | |
| ΕΧΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ  (Σημειώστε με Χ) | ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ  ΠΡΟΒΛΗΜΑ | | ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ | | | | ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ | | ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ |
|  | |  | | | |  | |  |
| ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟΣ ΟΡΟΣ |  | | | | | | | | |
| ΚΟΛΥΜΒΗΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ  (Σημειώστε με Χ) | ΑΡΙΣΤΗ | ΚΑΛΗ | | | ΜΕΤΡΙΑ | | | ΜΟΝΟ ΜΕ ΜΠΡΑΤΣΑΚΙΑ | |
|  |  | | |  | | |  | |
| ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ |  | | | | | | | | |

Ο/Η ………………………………………………………………………………………………………… είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί στα Θερινά ΚΔΑΠ και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες τους χωρίς κίνδυνο για την υγεία του.

Ημερομηνία ……/……/ 2021

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)