

|  |
| --- |
| **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) | ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΠΡΟΒΛΗΜΑ | 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)