



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΧΑΪΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΤΡΕΩΝ
ΝΠΔΔ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ- ΓΟΝΕΑ

.....

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/...../ 2024

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)