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

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

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

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

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

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

1. **Yπάρχει επεισόδιο πυρετικών σπασμών:**

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

1. **ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ MANTOUX:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 στο ΚΔΑΠ Σπάτων και να συμμετέχει στις δραστηριότητες.

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

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή – Σφραγίδα- Τηλέφωνο)

\*Επιπλέον για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας.