

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ

(συμπληρώνεται από τον Παιδίατρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: _____

ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____

1. Περιγεννητική κατάσταση:.....
.....
2. Ψυχοκινητική Ανάπτυξη:.....
.....
3. Ομιλία:.....
.....

4. Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώστε με Χ το ανάλογο τετράγωνο:

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Ιλαρά			Αλλεργία & που		
Ερυθρά			Σπαστική βρογχίτις		
Παρωτίτιδα			Επιληψία		
Ανεμοβλογιά			Πυρετικοί σπασμοί		
Οστρακιά			Έλλειψη Ενζύμου		

5. Άλλα νοσήματα:.....
.....
.....

6. Χειρουργικές επεμβάσεις:

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

7. Παίρνει φάρμακα για χρόνιο νόσημα και ποια:.....
.....

8. Εμβόλια: (Φωτοαντίγραφο την πρώτη σελίδα του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού με τα στοιχεία του, καθώς και φωτοαντίγραφο με τα σχετικά εμβόλια που έχουν πραγματοποιηθεί, σφραγισμένα και υπογεγραμμένα από τον παιδίατρο, στην αντίστοιχη σειρά δόσης εμβολίου.)

9. Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό υγείας θα συνοδεύεται και από έκθεση του ειδικού (Ψυχολόγου ή Λογοθεραπευτή).

10. Το παιδί μπορεί να ενταχτεί στο κοινό πλαίσιο λειτουργίας του Παιδικού Σταθμού

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ:

Όνοματεπώνυμο: _____

ΣΦΡΑΓΙΔΑ:

Τηλέφωνα: _____

Ημερομηνία: _____