

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ

Όνοματεπώνυμο -----

Ημερομηνία γέννησης -----

Βάρος σώματος -----

Αλλεργικές εκδηλώσεις -----

Έλλειψη G6PD ΝΑΙ ΟΧΙ

Παιδικές ασθένειες -----

MANTOUX ΝΑΙ ΟΧΙ

Ιδιαίτερα προβλήματα (ψυχοκινητική ανάπτυξη,καθυστέρηση λόγου ,ομι-
λίας -----

Άλλες παρατηρήσεις -----

Ο/Η -----είναι

πλήρως εμβολιασμένος/η και μπορεί να παρακολουθήσει και να συμμετέχει σε
όλες τις δραστηριότητες των Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών
(Κ.Δ.Α.Π.) του Δήμου Ηρακλείου.

Φωτοτυπία βιβλιαρίου Υγείας (σελίδα εμβολίων)

Ημερομηνία-----

Υπογραφή/σφραγίδα