

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΔΗΜΟΣ ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ**

**ΔΗΜΟΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΝΑΥΠΛΙΕΩΝ**

**Δ.Ο.ΚΟΙ.Π.Α.Ν.**

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

(Να συμπληρωθεί από παιδίατρο)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ  ΠΑΙΔΙΟΥ |  | | | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | | | |
| ΒΑΡΟΣ |  | |  | |
| ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ |  | | | |
| ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ  (ΦΑΡΜΑΚΑ,ΤΡΟΦΕΣ ΚΛΠ) |  | | | |
| ΑΝΑΠΤΥΞΗ |  | | | |
| ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |  |
| ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |  |
| ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΙΤΙΑ |  | | | |
| ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ |  | | | |

Ο/Η …………………………………………………………..είναι πλήρως εμβολιασμένος/η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό – Παιδικό Σταθμό και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του Σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις κ.α.)

Ημερομηνία……/……/20

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)