



ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο παιδιού:	
Ημερομηνία γέννησης :	
Χρόνιο νόσημα:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αναλυτικά:
Λαμβάνει χρόνια αγωγή:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αναλυτικά:
Αλλεργίες ή δυσανεξίες σε τροφή, φάρμακα, ή σε άλλο :	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αναλυτικά (ιστορικό αναφυλαξίας, δυσανεξία, ποιες τροφές ή φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται, κλπ):
Ιστορικό σπασμών (οποιασδήποτε αιτιολογίας):	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αναλυτικά:
Ιστορικό καρδιολογικού προβλήματος:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αναλυτικά:
Έλλειψη G6PD:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Χειρουργικές Επεμβάσεις:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αναλυτικά:
Ανάπτυξη (λόγος, συμπεριφορά, κίνηση, αυτιστικά στοιχεία, ωριμότητα, άλλα προβλήματα):	Αναλυτικά (σχόλια από την αναπτυξιακή παρακολούθηση του παιδιού από τον οικογενειακό παιδίατρο, διαγνώσεις και παραπομπές, σε ειδικούς για τυχόν αποκλείσεις)
Εξέταση κατά συστήματα:	
Εμβόλια σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και την ηλικία του Παιδιού:	Πλήρως εμβολιασμένο: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αν όχι, εξηγήστε γιατί:
Πρωτόκολλο χορήγησης φαρμάκων εντός σταθμού σε χρόνιο νόσημα:	Οδηγίες (ώρες χορήγησης, δοσολογία):

Ημερομηνία Εξέτασης _____ / _____ / 2026

Ο/Η _____ του _____
μπορεί να φιλοξενηθεί σε βρεφικό/παιδικό σταθμό.

Ο/Η Παιδίατρος

Στοιχεία ιατρού (Σφραγίδα - Υπογραφή – Τηλέφωνο Επικοινωνίας)

Για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται φωτοτυπίες από τις αντίστοιχες σελίδες των βιβλιαρίων