



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΝΟΜΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ

ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΚΙΔΕΩΝ

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

(ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ)

ΕΠΩΝΥΜΟ : .....ΟΝΟΜΑ : .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : .....ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : .....

Τηλέφωνο οικίας : .....

1. Σωματομετρικά στοιχεία .....  
.....

2. Ψυχοκινητική ανάπτυξη

Εκτίμηση του παιδιού που αφορά στην επικοινωνιακή του ικανότητα και δυνατότητα να συμμετάσχει σε ομάδα

.....  
.....  
.....

3. Ομιλία

.....  
.....

4. Πάσχει από επιληψία και με ποια φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζεται; .....

.....  
.....

5. Υπάρχει ιστορικό πυρετικών σπασμών στο παιδί ; .....
6. Έχει έλλειψη G6PD ; .....
7. Πάσχει από παιδικό βρογχικό άσθμα;.....
8. Παρουσιάζει κάποια αλλεργία ; .....
- .....
- .....
9. Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του;.....

10. Πάσχει από άλλα νοσήματα ; .....
- .....
- .....

11. Χειρουργικές επεμβάσεις :

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

12. Χρόνια φαρμακευτική αγωγή για ειδικό νόσημα.....

Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό Σταθμό.

Χαλκίδα / /2024

**Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ**

**Όνομ/μο Σφραγίδα**