



ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ
ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΡΟΣΟΤΣΑΝΗΣ

(Συμπληρώνεται από τον/την Παιδιάτρο του βρέφους/νηπίου)=

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Ημερομηνία Γέννησης:

1. Περιγεννητική κατάσταση:

.....
.....

2. Ψυχοκινητική ανάπτυξη:

.....
.....

3. Ομιλία:

.....
.....

4. Κλινική εκτίμηση:

.....
.....

5. Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώστε με X το ανάλογο τετράγωνο:

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	X	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ / ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
Αλλεργίες		
Βρογχίτιδα		
Επιληψία		
Πυρετικοί σπασμοί		
Έλλειψη G6PD		
Άλλα Νοσήματα		

6. Χειρουργικές Επεμβάσεις – Σημερινή κατάσταση:

.....

7. Εμβόλια :

α. Είναι εμβολιασμένο με τα απαραίτητα εμβόλια για την ηλικία του : **ΝΑΙ / ΟΧΙ**

β. Αντίγραφο βιβλιαρίου εμβολιασμών (Να φαίνονται οι ημερομηνίες επόμενων δόσεων ή εμβολίων).

Για ειδικές περιπτώσεις, το πιστοποιητικό υγείας θα συνοδεύεται και από έκθεση του Ειδικού
(Αλλεργιολόγου, Ψυχολόγου , Εργοθεραπευτή.)

Ημερομηνία:

Ο/ Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή – Σφραγίδα)