



Ατομικό δελτίο Υγείας

Όνοματεπώνυμο:
Ημ/νία Γέννησης: / / Ύψος (cm): Βάρος(kg):

Εμβολιασμοί

DTaP Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	IPV Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Hib Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	HepB Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	MMR Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Mantoux Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	BCG Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	PCV7 Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	MCC Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	HepA Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Ανεμευλογιάς Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				

Παρατηρήσεις

Αλλεργία (τροφική, σε φάρμακα κ.α.)	
Έκζεμα	
Βρογχικό άσθμα	
Αλλεργική ρινίτιδα	
Χρόνια νοσήματα	
Φαρμακευτική αγωγή	
Εμπύρετοι σπασμοί	
Έλεγχος σφικτήρων	
Προβλήματα συμπεριφοράς	
Προβλήματα ακοής	
Προβλήματα οράσεως	
Προβλήματα ομιλίας	

Ιατρική Γνωμάτευση

Διαπίστωσα ότι (ο/η) _____
του _____ και της _____
έχει εμβολιαστεί πλήρως και είναι πνευματικά υγιής και θεωρώ ότι **μπορεί / δεν μπορεί** να πάρει μέρος σε όλες τις σχολικές
(αθλητικές και άλλες) δραστηριότητες.

Θεσσαλονίκη ____ / ____ / ____

Ο/Η Ιατρός

Υπογραφή & Σφραγίδα

Παρακαλώ σημειώστε αν θα θέλατε να γνωρίζουμε κάτι για το παιδί σας:

 **Ενημερώθηκα υπεύθυνα για τα παραπάνω στοιχεία.**

Ο Κηδεμόνας

Υπογραφή

Αγαπητοί γονείς,

Παρακαλούμε να συμπληρωθεί το παραπάνω Ατομικό δελτίο Υγείας του παιδιού σας, από τον **Οικογενειακό Γιατρό**
ή από οποιοδήποτε **Κρατικό Νοσοκομείο** ή **Κέντρο Υγείας**, ώστε να ισχύει η εγγραφή του στο σχολείο μας.

Η Διεύθυνση