

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
Ταχ. Διεύθυνση: Αδειμάντου 22α, 20131 ΚΟΡΙΝΘΟΣ
Τηλ. : 27413 60944,60942,60947,60943

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΗΠΙΟΥ:.....
ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....
ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:.....
.....
ΟΜΙΛΙΑ:.....
.....

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΡΤΙΜΕΛΕΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σε περίπτωση πυρετού σημειώστε αν υπάρχει κάποιο φάρμακο που **ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ** να του χορηγηθεί:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΗΜ.ΕΠΑΝΑΛΗΨΗΣ
DTP(ΚΟΚΚΥΤΗ-ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ-ΤΕΤΑΝΟ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
MMR (ΕΡΥΘΡΑ-ΙΛΑΡΑ-ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΒ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΜΑΝΤΟΥΧ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Αν δεν έχει γίνει το **DTP**(Κοκκύτη -Διφθερίτιδας-Τετάνου),**Πολιομυελίτιδας** , **MMR**(Ιλαρά, Ερυθρά, Παρωτίτιδα,) σημειώστε την αιτία:.....

ΜΑΝΤΟΥΧΑΝ Η ΜΑΝΤΟΥΧ ΕΙΝΑΙ ΘΕΤΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΤΕ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	<input type="text"/>
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	<input type="text"/>

Παρακαλούμε όπως γνωστοποιήσετε στοιχεία από το ιστορικό του νηπίου ή οποιαδήποτε άλλη χρήσιμη πληροφορία που θα διευκολύνει τη φιλοξενία του στο Παιδικό Σταθμό:

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

Ο/Η μπορεί να φιλοξενηθεί στον Παιδικό Σταθμό.

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία,...../...../2026

(υπογραφή - σφραγίδα)

Για περιπτώσεις που αναφέρονται αποκλίσεις ψυχοκινητικής ανάπτυξης ή λόγου ή ακοής ή δυσκολία όρασης η βεβαίωση υγείας θα συνοδεύεται και από έκθεση του ειδικού: (Ψυχολόγου ή Λογοπεδικού ή Φυσιοθεραπευτή ή Ωτορινολαρυγγολόγου ή Οφθαλμιάτρου, ή Αναπτυξιολόγου σε περίπτωση που έχει γίνει αξιολόγηση)