|  |
| --- |
| **ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ** |
| (Να συµπληρωθεί από τον Παιδίατρο) |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** |
| **ONOMA ΠΑΤΕΡΑ:** |
| **ONOMA ΜΗΤΕΡΑΣ:** |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |
| **ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:** |
| **ΥΨΟΣ:** |
| **ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ:** |
| **ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ:** |
| **ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ** (φάρµακα, τροφές κλπ): |
| **ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΖΥΜΟΥ** (Ναι - Όχι): |
| **ΕΠΕΙΣΟ∆ΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ** (Ναι - Όχι): |
| ΑΝ ΝΑΙ, ΑΙΤΙΑ: |
| **ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ** (Λόγος ο οποίος θα απαγόρευε την συµµετοχή του παιδιού στις δραστηριότητες του Π.Σ.) |
|  |
| **ΕΜΒΟΛΙΑ** |
| Ο/Η είναι πλήρως εµβολιασµένος/η\*  και µπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθµό. |
| \* Εµβόλια: φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου υγείας µε σφραγίδα και υπογραφή του Παιδιάτρου. |
|  |
| Σε περίπτωση που το παιδί παρακολουθείται από λογοπεδικό, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο το παρόν πιστοποιητικό θα συνοδεύεται από έκθεση του ειδικού. |
|  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ……../……../2024 ΣΦΡΑΓΙ∆Α ΠΑΙ∆ΙΑΤΡΟΥ |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙ∆ΙΑΤΡΟΥ**: ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΙ∆ΙΑΤΡΟΥ |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙ∆ΙΑΤΡΟΥ: |