



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ
(να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:

Ημ/νία γέννησης:

Χρόνιο νόσημα:

Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λπ.)

.....

Ανάπτυξη:

.....

Εξέταση κατά συστήματα:

.....

Έλλειψη G6PD: ΝΑΙ ΟΧΙ

Επεισόδιο σπασμών: ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, αιτία:

.....

Άλλες παρατηρήσεις:

.....

Mantoux: ΝΑΙ ΟΧΙ

Είναι εμβολιασμένος/η και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφικό – Παιδικό Σταθμό

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία: / /

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)