**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

* Ονοματεπώνυμο:..................................................................................................
* Ημερομηνία γέννησης:.........................................................................................
* Χρόνιο νόσημα: ..................................................................................................

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

* Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.λπ.) :............................................

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

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

* Έλλειψη G6PD: ΝΑΙ ………. ΟΧΙ…………
* Επεισόδιο σπασμών: ΝΑΙ ………. ΟΧΙ…………
* Εάν ναι, αιτία:.......................................................................................................

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

* Άλλες παρατηρήσεις :..........................................................................................

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

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

Ο / Η ................................................................................................................................ είναι πλήρως\* εμβολιασμένος/η, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, και μπορεί να συμμετέχει στις δραστηριότητες του ΚΔΑΠ.

|  |
| --- |
| Φυματινική δοκιμασία (Mantoux) |
| Ημερομηνία: |
| Αποτέλεσμα: Θετικό Αρνητικό |

 Ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή - σφραγίδα)