

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΝΗΠΙΟΥ

- Ονοματεπώνυμο : .....
- Ημερομηνία γέννησης : .....
- Βάρος σώματος : .....
- Χρόνιο νόσημα : .....
- Αλλεργικές εκδηλώσεις σε :

Γάλα		Αυγό	
Όσπρια		Ξηροί καρποί	
Ψάρι		Ντομάτα	
Άλλο :			

- Ανάπτυξη.....  
.....
- Εξέταση κατά σύστημα  
 Ακοής            ΝΑΙ  ΟΧΙ             Ομιλίας - λόγου            ΝΑΙ  ΟΧΙ   
 Όρασης            ΝΑΙ  ΟΧΙ             Συμπεριφοράς            ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Ψυχοσωματική ανάπτυξη σύμφωνα με την χρονολογική ηλικία            ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Έλλειψη G6PD            ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Επεισόδιο σπασμών            ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν ναι, αιτία .....

- Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει;  
.....  
.....
- Άλλες παρατηρήσεις : .....  
.....

Ο/Η ..... είναι **πλήρως εμβολιασμένος/η**, βάση την υπ' αριθμ. 44783/08-10-2025 Εγκύκλιο του Υπ. Υγείας και το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού Παιδιών και εφήβων, είναι ΣΩΜΑΤΙΚΑ και ΨΥΧΙΚΑ υγιής και μπορεί να συμμετέχει και να ενταχθεί στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του Παιδικού – Βρεφικού – Βρεφονηπιακού Σταθμού

Ημερομηνία .../.../20...  
Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

\*Εμβόλια : (φωτοτυπία σελ. Βιβλιαρίου Υγείας)

Σημείωση : Σε περίπτωση που εντοπίζεται απόκλιση (σωματική ή ψυχική) το παιδί παραπέμπεται για ιατρική γνωμάτευση-έκθεση ιατρού, κατάλληλης ειδικότητας, σχετικά με τη δυνατότητα φιλοξενίας ή μη σε παιδικό σταθμό.