



Ιατρικό Δελτίο Κατασκηνωτή

Το ιατρικό δελτίο του κατασκηνωτή συμπληρώνεται, υπογράφεται και σφραγίζεται από το γιατρό και το γονέα, ένα μήνα πριν από την έναρξη της περιόδου συμμετοχής και παραδίδεται στο γραφείο της κατασκήνωσης με την εξόφληση.

**ΧΩΡΙΣ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ
ΔΕΝ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ**

| | | | |
|---|-------------------|---------------|--|
| ΕΠΙΘΕΤΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | |
| ΑΜΚΑ: | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: | Τ.Κ. | |
| Τηλέφωνα ανάγκης για το καλοκαίρι: | | | |

| ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΟΓΡΑΦΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ | ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟΥ | ΠΛΗΡΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ: |
|--|--|--|--------------------------------|
| | Αλλεργίες σε τροφές (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ): _____ | _____ | _____ |
| Αλλεργίες σε φάρμακα (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ): _____ | _____ | _____ | _____ |
| Άλλες αλλεργίες: _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ορθοπεδικά προβλήματα: _____ | _____ | _____ | _____ |
| Έλλειψη G6PD: _____ Καρδιακό φύσημα: _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ιστορικό σπασμών / επιληψίας / άσθματος: _____ | _____ | _____ | _____ |
| Άλλο χρόνιο νόσημα: _____ | _____ | _____ | _____ |
| Χρόνια φαρμακευτική αγωγή: _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ιστορικό νοσηλειών / επεμβάσεων: _____ | _____ | _____ | _____ |
| Το παιδί εξετάστηκε από τον υπογράφοντα ιατρό και βρέθηκε υγιές και ικανό να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες εκτός από _____ | _____ | _____ | _____ |

Όνοματεπώνυμο Ιατρού

Τηλέφωνο Ιατρού:

Σφραγίδα & υπογραφή
Ιατρού

Ημ/νία συμπλήρωσης
Δελτίου

Υπογραφή γονέα