



ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΑ ΣΤΟ ΠΗΛΙΟ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

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.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΕΠΙΘΕΤΟ _____ ΟΝΟΜΑ _____ ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝ _____/_____/_____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____ ΠΟΛΗ _____
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ α) _____ β) _____

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ)

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: _____ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ: _____

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ: ΠΛΗΡΗΣ (σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα)

Αν όχι πλήρης, να αναφερθεί η αιτιολογία: _____

Ημερομηνία τελευταίου αντιτετανικού εμβολίου: _____/_____/_____

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ: _____

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ: _____

ΑΛΛΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: _____

ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD: _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ/ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ: _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ: _____

ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ (π.χ. θυρεοειδοπάθεια, διαβήτης κτλ): _____

ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (π.χ. συχνή χρήση εισπνεόμενων): _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ: _____

ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΦΥΣΗΜΑ (να αναφερθεί αν έχει γίνει triplex καρδιάς): _____

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ : _____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ * : _____

Το παιδί εξετάστηκε από τον υπογράφοντα γιατρό και βρέθηκε υγιές και ικανό να παρακολουθήσει όλες τις κατασκηνωτικές δραστηριότητες, εκτός από _____

Όνοματεπώνυμο ιατρού _____ τηλέφωνο _____

Σφραγίδα και υπογραφή γιατρού _____ Ημερομηνία συμπλήρωσης ιατρικού δελτίου _____ Υπογραφή γονέα _____

_____/_____/_____

*Για οτιδήποτε επιπλέον πληροφορία οι παρατηρήσεις, παρακαλώ συμπληρώστε στο πίσω μέρος του εντύπου