



## 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 ή παρατηρήσεις, παρακαλώ συμπληρώστε στο πίσω μέρος του εντύπου