

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΕΓΚΩΜΗΣ – ΦΙΛΑΝΙ

Όνοματεπώνυμο Παιδιού:..... Τάξη:

Ημερομηνία Γέννησης:

Διεύθυνση:.....

Όνοματεπώνυμο Γονέων / Κηδεμόνα - Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

1. Όνοματεπώνυμο: Τηλ. Εργασίας:

Κινητό: Σπίτι:.....

2. Όνοματεπώνυμο: Τηλ. Εργασίας:

Κινητό: Σπίτι:.....

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός.....

με τηλέφωνο εκτάκτου επικοινωνίας:

εξέτασα πρόσφατα την /τον

και **βεβαιώνω** ότι μπορεί να λάβει μέρος στην κατασκήνωση.

(Στο πρόγραμμα της Κατασκήνωσης έχει αθλητικές δραστηριότητες, πεζοπορίες, ορειβασίες. Βρίσκεται σε δασώδη περιοχή)

Πρόσφατες χειρουργικές επεμβάσεις:

.....

Καλύπτεται από αντιτετανικό εμβόλιο:

ΝΑΙ Ημερομηνία τελευταίας δόσης ΟΧΙ

Ακολουθεί την εξής φαρμακευτική αγωγή και θα φέρει τα προσωπικά της/του φάρμακα γι' αυτή την περίοδο:

Φάρμακο: Δοσολογία:

Συχνότητα:

Δυσανεξία στη λακτόζη Έλλειψη ενζύμου G6PD Διαβήτης

Άσθμα Νυχτερινή Ενούρηση Υπνοβασία Επιληψία

Δυσανεξία στη γλουτένη Τροφική αλλεργία

Παρατηρήσεις:

.....

Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού

Ημερομηνία

Σημείωση: Στην Κατασκήνωση θα εφαρμοστούν τα υγειονομικά πρωτόκολλα που προβλέπονται από το Υπουργείο Υγείας στη Βάση της επιδημιολογικής εικόνας της περιόδου της Κατασκήνωσης