**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΝΟΜΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ**

**ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΚΙΔΕΩΝ**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

*(ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ)*

**ΕΠΩΝΥΜΟ : ………………………………………………..ΟΝΟΜΑ : ………………………………………**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ……………………….ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : …………………………………..**

**Τηλέφωνο οικίας :……………………………………**

1. **Σωματομετρικά στοιχεία …………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Ψυχοκινητική ανάπτυξη**

**Εκτίμηση του παιδιού που αφορά στην επικοινωνιακή του ικανότητα και δυνατότητα να συμμετάσχει σε ομάδα**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Ομιλία**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Πάσχει από επιληψία και με ποια φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζεται; ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**
2. **Υπάρχει ιστορικό πυρετικών σπασμών στο παιδί ; ……………………………………………………………………………………………………**
3. **Έχει έλλειψη G6PD ; ……………………………………………………………….....**
4. **Πάσχει από παιδικό βρογχικό άσθμα;………………………………………**
5. **Παρουσιάζει κάποια αλλεργία ; ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**
6. **Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του;…………………………………………**
7. **Πάσχει από άλλα νοσήματα ; …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**
8. **Χειρουργικές επεμβάσεις :**

 **ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**   **ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

1. **Χρόνια φαρμακευτική αγωγή για ειδικό νόσημα………………………**

 Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό Σταθμό.

 Χαλκίδα / /2024

 **Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ**

 **Ονομ/μο Σφραγίδα**