 **ΑΡ.ΑΙΤ.............**

**ΔΕΛΤΙΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ : .....................................................…………………………….**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ : ......................................................……………………………….**

**ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ : ......................................................………………………………**

**ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ : ......................................................………………………………….**

**ΚΙΝΗΤΟ ΜΗΤΕΡΑΣ : ...............................................................………………………..**

**ΚΙΝΗΤΟ ΠΑΤΕΡΑ : ...................................................................………………………**

**ΑΛΛΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ : ...........................................E-mail……………………………..**

1. **Έχει παρουσιάσει το παιδί κάτι από τα ακόλουθα :**

\* Σπαστική βρογχίτιδα ΝΑΙ .............. ΟΧΙ .............

\* Βρογχικό άσθμα ΝΑΙ .............. ΟΧΙ .............

\* Σπασμούς ΝΑΙ .............. ΟΧΙ .............

 ( αν ΝΑΙ τι είδους ; )

\* Αλλεργία ΝΑΙ .............. ΟΧΙ .............

 ( αν ΝΑΙ τι είδους ; )

\*Λιποθυμικές κρίσεις ΝΑΙ .............. ΟΧΙ .............

 ( αν ΝΑΙ, ποιας αιτιολογίας ; )

1. **Σε μικροτραυματισμούς η αιμορραγία σταματά σύντομα ( 15’) ;**

ΝΑΙ.............. ΟΧΙ..............

Εάν ΟΧΙ υπάρχει συγκεκριμένη αιτία, και ποια **;………………………………**

1. **Ομάδα αίματος του παιδιού : …………………………………………………**
2. **Έχει περάσει κάποια από τις ακόλουθες αρρώστιες; :**

ΙΛΑΡΑ...... , ΕΡΥΘΡΑ ....... , ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ....... ,

 ΟΣΤΡΑΚΙΑ ...... , ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ ....... , ΚΟΚΚΥΤΗ .......

1. **Έχει κάνει πρόσφατα αντιτετανικό εμβόλιο; :**

**NAI ………. Πότε ; .......................................................... ΟΧΙ ...........**

1. **Βρίσκετε τώρα υπό φαρμακευτική αγωγή ; ΝΑΙ................. ΟΧΙ ............**

Εάν ΝΑΙ ποια αιτία........................ ποια φάρμακα ....................................................

 Δοσολογία ...................................................................................................................

 Όνομα και τηλέφωνο γιατρού που σύστησε τα φάρμακα ...........................................

 ......................................................................................................................................

1. **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ**

**Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η αιτούμενος/η δεν φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετέχει σε αθλητικές και κολυμβητικές δραστηριότητες, στα ημερήσια προγράμματα αθλητικής απασχόλησης του ΔΗΜΟΥ ΦΙΛΟΘΕΗΣ -ΨΥΧΙΚΟΥ και της ΔΗ.Κ.Ε.ΦΙ.Ψ**

**Ο ΙΑΤΡΟΣ ......../ ......./ 2020**

(Υπογραφή και σφραγίδα)