**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

(Παρακαλείστε να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από Παιδίατρο)

| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:** |  |
| --- | --- |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:** |  |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:** |  |

1.Γενική κατάσταση υγείας..................................................................................................................

2.Ψυχοκινητική ανάπτυξη και λόγος.....................................................................................................

3.Έλεγχος σφικτήρων (από 2,5 ετών) (κυκλώστε) ΠΛΗΡΗΣ ΜΗ ΠΛΗΡΗΣ ΚΑΘΟΛΟΥ

4.Αλλεργικές εκδηλώσεις και κάθε είδους ιδιαιτερότητες που χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση

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

5.Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του; (κυκλώστε) ΝΑΙ ΟΧΙ

6.Πάσχει από οικογενή,κληρονομικά,μεταδοτικά,γονιδιακά κλπ νοσήματα;.......................................

7.Χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν γίνει.........................................................................................

8.Χρόνια φαρμακευτική αγωγή για ειδικό νόσημα................................................................................

9.Πυρετικοί σπασμοί.............................................................................................................................

| **Ο/Η .....................................................του ......................και της .............................είναι κλινικά (σωματικά και πνευματικά) υγιής και μπορεί να φλοξενηθεί σε Βρεφικό/Παιδικό Σταθμό.** |
| --- |

**Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό συνοδεύεται από έκθεση-γνωμάτευση ειδικού**

**γιατρού-αναπτυξιολόγου ή παιδοψυχολόγου.**

Το παρόν Πιστοποιητικό Υγείας Παιδιού χορηγείται για αποκλειστική χρήση ως απαραίτητο δικαιολογητικό αίτησης εγγραφής στο Τμήμα Παιδικών & Βρεφονηπιακών Σταθμών της Δ/νσης Κοινωνικής Προστασίας,Παιδείας & Πολιτισμού Δήμου Κοζάνης.

| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ,ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ,ΤΗΛΕΦΩΝΟ,**  **ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ** |
| --- |