

ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΗ ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ ΚΑΙ ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΝΕΟΤΗΤΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ
(Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι ο/η κατασκηνωτής/τρια
τουεξετάστηκε κλινικά και βρέθηκε ότι δεν πάσχει από κάποιο
μεταδοτικό νόσημα και μπορεί να συμμετάσχει σε όλες τις κατασκηνωτικές δραστηριότητες.

1. Έχει κάνει τα προβλεπόμενα εμβόλια.

- A. ΝΑΙ (ημ/νία τελευταίας δόσης αντιτετανικού εμβολίου: _____)
B. ΟΧΙ (Αναλύστε)
-

2. Έχει κάποιο χρόνιο νόσημα (όπως καρδιοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα ή κάποιο άλλο νόσημα);

- A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε)
-

3. Λαμβάνει αυτή την περίοδο κάποια φάρμακα.

- A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε)
-

4. Έχει αλλεργία σε τρόφιμα, φάρμακα ή σε κάτι άλλο.

- A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε)
-

5. Έχει νοσήσει από Covid-19;

- A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (ημ/νία διάγνωσης: _____)
-

Ημερομηνία ____/____/____

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)