



ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΡΕΩΤΙΚΗΣ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΝΕΟΤΗΤΟΣ

Θουκυδίδου 6 & Βυζαντίου
Τ.Θ. 1, Τ.Κ. 19004 Σπάτα Αττικής
www.imml.gr – 210 6632687
neotita@imml.gr



ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Συμπληρώστε κατάλληλα:

Έχει κάνει το παιδί Mantoux test; Ναι (Θετικό ☐ Αρνητικό ☐) Όχι ☐

Έχει κάνει εμβόλιο τετάνου; Ναι ☐ Όχι ☐

Έχει παρουσιάσει ποτέ:

- Αναπνευστικά προβλήματα: Ναι ☐ Όχι ☐
- Κεφαλαλγίες: Ναι ☐ Όχι ☐
- Ακατάσχετη αιμορραγία σε περιπτώσεις τραυματισμού: Ναι ☐ Όχι ☐
- Ρινορραγία: Ναι ☐ Όχι ☐
- Λιποθυμικές τάσεις: Ναι ☐ Όχι ☐

Έχει παρουσιάσει το παιδί (το τελευταίο 12μηνο):

Συχνές Ωτίτιδες: ☐ Υπέρταση: ☐ Υπόταση: ☐ Δερματικά προβλήματα: ☐ Αρθρίτιδες: ☐

Λοιμώδη Μονοπυρήνωση: ☐ Καρδιακά προβλήματα: ☐

Αν ναι, αναφέρετε το πρόβλημα και τη θεραπεία που ακολουθήθηκε:

.....

Έχει παρουσιάσει ποτέ αλλεργία σε:

- Φάρμακα: Αν ναι, σε ποια:
- Τροφές:
- Τσιμπήματα εντόμων:
- Οτιδήποτε άλλο:

Βρίσκεται το παιδί κάτω από ιατρική παρακολούθηση και ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή;

Ναι ☐ Όχι ☐ Αν ναι, συμπληρώστε:

Ποιο είναι το θέμα υγείας;

Ποια φαρμακευτική αγωγή ακολουθεί; (φάρμακα, δοσολογία, συχνότητα)

.....
.....

Υπάρχουν περιορισμοί στο διαιτολόγιο;

.....

Υπάρχουν απαγορεύσεις που αφορούν τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες;

.....

Μπορεί το παιδί να συμμετέχει σε δραστηριότητες κολύμβησης; Ναι ☐ Όχι ☐

Υποστηρίζεται το παιδί στο σχολείο από Εκπαιδευτικό Παράλληλης Στήριξης; Ναι ☐ Όχι ☐

Μετά από κατάλληλη ιατρική εξέταση και μελέτη του ιατρικού ιστορικού δηλώνω υπεύθυνα ότι ο/η
..... μπορεί να συμμετάσχει σε όλες τις κατά-
σκηνωτικές δραστηριότητες (εκτός από τους περιορισμούς που ήδη αναγράφονται παραπάνω).

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:.....

Ειδικότητα:.....

Κινητό τηλέφωνο:

Ημερομηνία: / / 20...

Υπογραφή και Σφραγίδα Γιατρού