



ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ ΚΑΙ ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΝΕΟΤΗΤΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Συμπληρώστε κατάλληλα:

Έχει κάνει το παιδί **Mantoux test**; Ναι ☐ Όχι ☐ Αποτέλεσμα:.....

Έχει κάνει **εμβόλιο τετάνου**; Ναι ☐ Όχι ☐ Ημερομηνία τελευταίας δόσης:.....

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 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)

.....
.....

Υπάρχει ψυχιατρική γνωμάτευση ή ιστορικό ψυχικής υγείας που χρήζει παρακολούθησης ή υποστήριξης;

.....

Υπάρχουν περιορισμοί στο διαιτολόγιο;

.....

Υπάρχουν απαγορεύσεις που αφορούν τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες;

.....

Υπάρχει κάποια γνωστή διάγνωση αναπτυξιακή, νευροαναπτυξιακή ή συναισθηματική, ή άλλη ιδιαιτερότητα (πχ. στο Φάσμα Αυτισμού, ΔΕΠΥ κ.λπ.); Ναι ☐ Όχι ☐

Περιγράψτε:

.....

Υποστηρίζεται το παιδί στο σχολείο, τώρα ή κατά το παρελθόν, 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 κατασκηνωτικές δραστηριότητες (εκτός από τους περιορισμούς που ήδη αναγράφονται παραπάνω).

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:.....

Ειδικότητα:.....

Κινητό τηλέφωνο:

Ημερομηνία: / / 20...

Υπογραφή και Σφραγίδα Γιατρού