

| ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΝΗΠΙΩΝ | |
|--|---------------------|
| (Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο) | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: | |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: | |
| ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ: | |
| ΥΨΟΣ: | |
| ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ: | |
| ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ: | |
| ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ (φάρμακα, τροφές κλπ): | |
| ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΖΥΜΟΥ (Ναι - Όχι): | |
| ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ (Ναι - Όχι): | |
| ΑΝ ΝΑΙ, ΑΙΤΙΑ: | |
| ΆΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ (Λόγος ο οποίος θα απαγόρευε την συμμετοχή του παιδιού στις δραστηριότητες του Π.Σ.) | |
| ΕΜΒΟΛΙΑ - ΜΑΝΤΟΥΧ: | |
| Ο/Η είναι πλήρως εμβολιασμένος/η* και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό. | |
| * Εμβόλια: φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου υγείας με σφραγίδα και υπογραφή του Παιδίατρου. | |
| Σε περίπτωση που το παιδί παρακολουθείται από λογοπεδικό, ψυχολόγο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο το παρόν πιστοποιητικό θα συνοδεύεται από έκθεση του ειδικού. | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../..... | ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ: | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ: | |