

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

για συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα 2026

(Παρακαλείται ο θεράπων ιατρός να συμπληρώσει ευκρινώς όλα τα κατωτέρω πεδία και να θέσει υπογραφή και σφραγίδα.)

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνοματεπώνυμο παιδιού: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____ Α.Μ.Κ.Α. παιδιού: _____

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο Ιατρού: _____

Ειδικότητα: _____ Τηλέφωνο επικοινωνίας: _____

Γ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι από την κλινική εξέταση του ανωτέρω παιδιού προκύπτει ότι:

1. Η γενική κατάσταση της υγείας του παιδιού κρίνεται:

ΚΑΛΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΧΡΗΣΕΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Εφόσον απαιτείται παρατηρήσεις: _____

2. Ο εμβολιασμός του με τα υποχρεωτικά εμβόλια έχει πραγματοποιηθεί: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

3. Δεν πάσχει από μεταδοτικά νοσήματα: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

4. Η σημερινή κατάσταση της υγείας του επιτρέπει τη συμμετοχή του σε κατασκηνωτικό πρόγραμμα: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

5. Δύναται να συμμετέχει σε θαλάσσια λουτρά, αθλητικές δραστηριότητες και λοιπές ομαδικές δραστηριότητες της κατασκήνωσης: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ
ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ «ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ» ΣΤΟΜΙΟΥ

6. Τυχόν λοιπές παρατηρήσεις (ενδεικτικά: φαρμακευτική αγωγή, αλλεργίες, χρόνια νοσήματα, ειδικές οδηγίες ή άλλες ιατρικές επισημάνσεις):

Δ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ (εφόσον απαιτείται)

Υπάρχει ανάγκη ιδιαίτερης παρακολούθησης ή ειδικής μέριμνας κατά τη διάρκεια της φιλοξενίας του παιδιού στην κατασκήνωση; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Εάν ναι, αναφέρατε αναλυτικά οδηγίες προς το προσωπικό της κατασκήνωσης:

Ημερομηνία κλινικής εξέτασης / έκδοσης βεβαίωσης: ____ / ____ / 2026

Ο Βεβαιών Ιατρός

Υπογραφή και Σφραγίδα
