

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Παρακαλείστε να συμπληρωθεί και να υπογραφεί από Παιδιάτρο)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ :.....

1. Περιγεννητικό Ιστορικό.....

.....

2. Ψυχοκινητική ανάπτυξη και λόγος.....

.....

.....

3. Αλλεργικές Εκδηλώσεις και κάθε είδους ιδιαιτερότητες που χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση

.....

.....

.....

4. Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του ; (κυκλώστε) **ΝΑΙ** **ΌΧΙ**

5. Πάσχει από οικογενή, κληρονομικά, μεταδοτικά, γονιδιακά, κλπ νοσήματα;

.....

.....

.....

6. Χειρουργικές επεμβάσεις που έχουν γίνει.....

7. Χρόνια φαρμακευτική αγωγή για ειδικό νόσημα.....

.....

Ο/Ητου..... και της..... είναι κλινικά

(σωματικά και πνευματικά) υγιής και μπορεί να φιλοξενηθεί στο ΚΔΑΠ δήμου Νίκαιας-Ρέντη.

Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό συνοδεύεται από έκθεση- γνωμάτευση ειδικού ιατρού, κρατικού νοσηλευτικού Ιδρύματος ή Ειδικών Κέντρων.

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΩΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ Η' ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΚΔΑΠ ΔΗΜΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΡΕΝΤΗ.

ΝΙΚΑΙΑΣ – ΑΓ. Ι. ΡΕΝΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ