

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ  
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑ  
ΔΗΜΟΥ ΔΙΟΝΥΣΟΥ Η ΕΣΤΙΑ

**ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....

Βάρος σώματος:.....

Χρόνιο νόσημα (Σε καταφατικές περιπτώσεις, σημειώστε με X το ανάλογο τετράγωνο):

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	X	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Βρογχ. Ασθμα		
Επιληψία		
Πυρετικοί Σπασμοί		
Άλλη ασθένεια		

Αλλεργικές εκδηλώσεις (φάρμακα, τροφές κ.λ.π.):.....

Έλλειψη G6PD: ΝΑΙ / ΟΧΙ (Διαγράψτε αναλόγως).....

Περιγεννητικό ιστορικό:.....

Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη:.....

Κινητική ανάπτυξη:.....

Ομιλία:.....

Χρόνια λήψη φαρμάκων:.....

Βεβαιώνεται ότι ο / η.....  
του.....είναι πλήρως εμβολιασμένος /

εμβολιασμένη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)