



Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
& ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ- ΔΗΜΟΥ ΔΙΟΝΥΣΟΥ

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία γέννησης:/...../.....

A.M.K.A. ΠΑΙΔΙΟΥ :.....

Βάρος σώματος:.....

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

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Χ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Βρογχ. Άσθμα		
Επιληψία		
Πυρετικοί Σπασμοί		
Άλλη ασθένεια		

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

Σε περίπτωση αλλεργίας, υπάρχει για το παιδί πρωτόκολλο χορήγησης αδρεναλίνης: ΝΑΙ ΟΧΙ

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

Είναι πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του ; ...ΝΑΙ........ΟΧΙ........

Έλεγχος σφικτήρων ΝΑΙ........ΟΧΙ........

Περιγεννητικό ιστορικό:.....

Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη:.....

Κινητική ανάπτυξη:.....

Ομιλία:.....

Υπάρχει διάγνωση για το παιδί που να αφορά τη γενικότερη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Χρόνια λήψη φαρμάκων:.....

Τελευταία φυματοαντίδραση Mantoux (ημερομηνία).....

Άλλες παρατηρήσεις :.....

Βεβαιώνεται ότι ο / η.....του.....

είναι πλήρως εμβολιασμένος / εμβολιασμένη και μπορεί να φιλοξενηθεί σε Παιδικό Σταθμό.

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία...../...../....2026...

(υπογραφή – σφραγίδα)

*****Επιπλέον για τα εμβόλια θα πρέπει να προσκομίζονται οι αντίστοιχες σελίδες του βιβλιαρίου υγείας**