

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____

Βάρος Σώματος: _____

Ομάδα Αίματος: _____

Ψυχοκινητική Ανάπτυξη: _____

Λοιμώδες Νόσημα: _____

Χρόνια Λήψη Φαρμάκων: _____

Αλλεργικές Εκδηλώσεις: _____

Έλλειψη GGPDA: ΝΑΙ

ΟΧΙ

Άλλες Παρατηρήσεις: _____

Το παιδί μπορεί να παρακολουθήσει Παιδικό Σταθμό

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ημερομηνία:

Ο Παιδίατρος