



Δημιουργική Υποστήριξη,
Εκπαιδευτικά Σεμινάρια & Τέχνες

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

Το ιατρικό δελτίο του συμμετέχοντα συμπληρώνεται, υπογράφεται και σφραγίζεται από το γιατρό και τον κηδεμόνα, τουλάχιστον ένα μήνα πριν από την έναρξη του προγράμματος και αποστέλλεται στο e-mail: info@aethercreative.gr ή στην ταχυδρομική διεύθυνση: Μακεδονικής Αμύνης 2, 54631, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΧΩΡΙΣ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΕΝ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

ΕΠΙΘΕΤΟ.....ΟΝΟΜΑ.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΠΟΛΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ α)..... β)

Α.Μ.Κ.Α.

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝ..... /..... /.....

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ)

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ:

Αν όχι πλήρης, να αναφερθεί η αιτιολογία :

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΦΕΣ:

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ:

ΑΛΛΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

.....
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΠΑΣΜΩΝ/ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑΤΟΣ:

ΑΛΛΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ (π.χ. θυρεοειδοπάθεια, διαβήτης κτλ):
.....

ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (π.χ. συχνή χρήση εισπνεόμενων):
.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ/ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ:
.....

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ :
.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ * :
.....
.....

*Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία ή παρατηρήσεις, παρακαλώ συμπληρώστε στο πίσω μέρος του εντύπου.

Το παιδί εξετάστηκε από τον υπογράφοντα γιατρό και βρέθηκε υγιές και ικανό να παρακολουθήσει το Ορεινό εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Στα χνάρια των Θεών»

Ονοματεπώνυμο ιατρού:

Τηλέφωνο:

Σφραγίδα και υπογραφή γιατρού

Υπογραφή Κηδεμόνα

Ημερομηνία συμπλήρωσης ιατρικού δελτίου/...../2023