

- Να συμπληρωθούν όλα τα πεδία.
- Να υπογραφεί υποχρεωτικά από γιατρό.
- Να αποσταλεί πριν την άφιξη του κατασκηνωτή στο camp@kalivas.net ή ταχυδρομικώς στα γραφεία μας.



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	
ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

(συμπληρώνεται από Ιατρό)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ :			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ			
ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ			
ΑΛΛΕΡΓΙΑ			
Φάρμακα			
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ			
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ (λιποθυμία, προκάρδιο άλγος, εύκολη κόπωση)			
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ (αρτηριακή πίεση, ψηλάφισμα μηριαίων, φουσίματα)			
ΆΛΛΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ			
<p>Θεωρείτε ότι μπορεί να πάρει μέρος σε όλες τις καλοκαιρινές - αθλητικές δραστηριότητες (κολύμβηση, μπάσκετ, τένις, βόλεϋ, ποδόσφαιρο κ.τ.λ.) της κατασκήνωσης Γ.Α. ΚΑΛΥΒΑΣ Α.Ε ?</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p><i>* Τα παραπάνω στοιχεία είναι τελείως εμπιστευτικά, η συλλογή τους αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και στην παροχή κατάλληλης φροντίδας.</i></p>			

Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού