

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



<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ</b>	
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ</b>	
<b>ΑΜΚΑ ΠΑΙΔΙΟΥ</b>	
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ</b>	
<b>ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ</b>	
<b>ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ</b>	

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

(συμπληρώνεται από Ιατρό)

<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ :</b>			
<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:</b>			
<b>ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b>			
<b>ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b>			
<b>ΑΛΛΕΡΓΙΑ</b>			
<b>Φάρμακα</b>			
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ</b>			
<b>ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ</b> (λιποθυμία, προκάρδιο άλγος, εύκολη κόπωση )			
<b>ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ</b> (αρτηριακή πίεση, ψηλάφισμα μηριαίων, φουσήματα )			
<b>ΆΛΛΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>			
<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>			

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Γονέα

Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού