**ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ**

Ὀνοματεπώνυμο κατασκηνωτῆ/τριας:…………………….........………….......................................

**1.** Πάσχει ἀπό κάποιο χρόνιο νόσημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

(π.χ. καρδιοπάθειες, ἄσθμα, θυρεοειδοπάθεια)

Ἐάν ναί, ποιό εἶναι αὐτό καί ποιά φάρμακα παίρνει;

…….............................…………………………………………........……………………………….............................

…….............................…………………………………………........………………………………..............................

**2.** Εἶχε κάποιο πρόβλημα ὑγείας τόν τελευταῖο μήνα; Ἐάν ναί, τί ἀγωγή ἔλαβε;…….............................…………………………………………........…………………............................…… ....…….............................…………………………………………........………………………………............................

Χρειάζεται νά συνεχιστεῖ ἡ ἀγωγή αὐτή στήν κατασκήνωση; Ὑποδεῖξτε ἀκριβῶς τή δοσολογία καί τή διάρκεια: ..........................................................................................................................

…….............................…………………………………………........………………………………................................

**3.** Τό ἀντιτετανικό ἐμβόλιο, μέχρι πότε ἰσχύει; …..........…………………………….................................

**4.** Ἔχει ἀλλεργία σέ φάρμακα, τροφές, δήγματα ἐντόμων ἤ κάτι ἄλλο;

…….............................…………………………………………........…...............................…………………………….

**5.** Φάρμακα ἤ τροφές πού τυχόν ἀπαγορεύεται νά λάβει:

…….............................…………………………………………........………………………………................................

…….............................…………………………………………........……………………………...............................….

**6.** Ὑπάρχει κάτι ἄλλο πού θεωρεῖτε σημαντικό γιά τό παιδί καί θά θέλατε νά τό ἀναφέρετε (π.χ. ὑπνοβασία);

…….............................………………………...............................…………………........……………………………….

…….............................…………………………………………........………………...............................……………….

Βεβαιώνεται ὅτι μπορεῖ νά συμμετάσχει στήν Κατασκήνωση.

Ὁ/Ἡ ἰατρός