



ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ *

* Η παρούσα είναι εμπιστευτική και φυλάσσεται στο αρχείο του συλλόγου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ / ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ:

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

ΗΜ. ΓΕΝ. / /

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ / ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ:

Ο/Η υπογράφων/ουσα βεβαιώνω ότι τόσο τα ατομικά μου στοιχεία, όσο και οι πληροφορίες που παρέχω για το εν λόγω παιδί είναι αληθή. Γνωρίζω ότι φέρω ευθύνη για οποιοδήποτε στοιχείο που αφορά στην υγεία του αποκρύψω, ενώ στην περίπτωση που προκύψουν προβλήματα που θέτουν είτε το ίδιο, είτε άλλα παιδιά σε κίνδυνο, υποχρεούμαι να ενημερώσω τους αρμοδίους.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (συμπληρώνεται από το γονέα/κηδεμόνα του/της αθλητή/τριας, σημειώνοντας ό,τι ισχύει από τα παρακάτω)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Χρόνιο πρόβλημα υγείας			Καρδιολογικό νόσημα		
Υπό φαρμακευτική αγωγή			Αναπνευστικό νόσημα		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση		
Χειρουργική επέμβαση			Λοιμώξεις ώτων, σωληνίσκοι αερισμού		
Σπασμοί ή επιληψία			Αλλεργίες		
Λιποθυμικό επεισόδιο			ΔΕΠΥ, ΔΑΔ		
Τραυματισμός κεφαλής			Άλλο		

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (σε περίπτωση που υπάρχουν ερωτήσεις που έχουν απαντηθεί με "ναι", παρακαλείσθε να παρέχετε επιπλέον πληροφορίες. Προσθέστε στην πίσω σελίδα εφόσον απαιτείται)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (συμπληρώνεται και υπογράφεται από τον ιατρό που εξέτασε το παιδί)

Από τη σημερινή κλινική εξέταση τ_____ , κρίνω ότι είναι
ικαν_____ να συμμετάσχει στις δραστηριότητες του Summer Camp του ΝΗΡΕΑ Χαλανδρίου

χωρίς περιορισμούς

με περιορισμούς οι οποίοι αναφέρονται κάτωθι

ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΣΦΡΑΓΙΔΑ

____/____/____
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ