

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΝΟΜΟΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΔΗΜΟΥ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

 **Ο.Κ.Υ.Δ.Α.Ν.**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ**

Ο/η ………………………………………………………………………………………………………………………. γεννηθείς ………/………/…….., εξετάσθηκε στο παιδιατρικό ιατρείο στις ……………………………………… και βρέθηκε κλινικά υγιής.

Δεν πάσχει από οξύ μεταδοτικό νόσημα, η ψυχοκινητική και σωματική του ανάπτυξη είναι φυσιολογική.

Ο εμβολιασμός του είναι πλήρης, σύμφωνα με το ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ και εμπίπτει στις

διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας του πρότυπου και εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των Βρεφονηπιακών Σταθμών.

Παρουσιάζει / δεν παρουσιάζει αλλεργίες (π.χ. γάλα, αυγό, ψάρι κτλ) ……………………………………………………………………………………………………………………….

Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό Σταθμό.

 **Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ**

(υπογραφή & σφραγίδα)