

# ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ GREEN CAMP

Επώνυμο:..... Όνομα:.....

Όνομα πατέρα:..... Όνομα μητέρας:.....

Ημ/νία γέννησης:.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας:.....

Εμβολιασμός: Πλήρης: ..... Υπολείπονται:.....

Αντιτετανικός ορός:    ΝΑΙ        ΟΧΙ   

## Υποφέρει από κάποιο νόσημα:

Άσθμα....., Σακχαρώδη διαβήτη....., Μεσογειακή αναιμία....., Καρδιακά νοσήματα.....,

Έλλειψη ενζύμου....., Άλλο.....

Αλλεργίες: σε τροφή, φάρμακο, ζώα, περιβάλλον ή κάτι άλλο:.....

.....

Φάρμακα που τυχόν του χορηγούνται: .....

.....

Προβλήματα ψυχολογικής αιτιολογίας (ενούρηση, ονυχοφαγία κτλ.):.....

.....

ΗΜ/ΝΙΑ ..... ΟΝΟΜ/ΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ .....