



**ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΒΑΡΟΣ:

kg

Το δελτίο αυτό συμπληρώνεται από τον/την Ιατρό που θα υπογράψει και την Ιατρική Βεβαίωση.

**A. ΥΠΝΟΣ - ΦΑΓΗΤΟ - ΚΟΛΥΜΠΙ**

Πόσες ώρες κοιμάται συνήθως ; .....

Μήπως παλαιότερα ή τώρα υπνοβατεί ; .....

Υπάρχει κάποιο φαγητό, που για λόγους υγείας δεν πρέπει να τρώει και ποιο ; .....

.....

Γνωρίζει να κολυμπά στη θάλασσα; .....

Αν ΝΑΙ, πόσο καλά ; .....

Χρησιμοποιεί βοηθητικά πλεύσης (βατραχοπέδιλα, σωσίβιο κ.λ.π.) ; .....

**B. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ - ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ**

Είναι αλλεργικός/ή στα τσιμπήματα εντόμων ; .....

.....

Είναι αλλεργικός/ή στη γύρη των δένδρων ; .....

.....

Πάσχει από κάποιου άλλου είδους αλλεργία και ποια; .....

.....

Υπέφερε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα δύο τελευταία χρόνια και ποια ; .....

.....

Έπασχε/πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια και ποια (π.χ. άσθμα, καρδιακές παθήσεις, διαβήτης) ; .....

.....

.....

Ποιο φάρμακο χορηγείται σε περίπτωση χρόνιας ασθένειας ; .....

.....

Ποιες παιδικές ασθένειες έχει περάσει ; .....

.....

.....

**Γ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Κουράζεται εύκολα ; .....

Έχει προβλήματα δυσκοιλιότητας ; .....

Έχει υποστεί τα τελευταία 2 χρόνια κάταγμα σε κάποιο μέλος και ποιο ; .....

.....

Υπεβλήθη τα 2 τελευταία χρόνια σε χειρουργική επέμβαση και ποια ; .....

.....

Έχει κάνει αντιτετανικό ορό και μέχρι πότε ισχύει ; .....

.....

Υπάρχουν κάποιες φαρμακευτικές ουσίες οι οποίες απαγορεύεται να χορηγηθούν και ποιες ; .....

.....

.....

Έχει ανάγκη ιδιαίτερης μεταχείρισης, διαίτας, ή άλλης προσοχής ; .....

.....

.....

Υπάρχει κάτι το οποίο θεωρείται σημαντικό για την υγεία του/της, δεν καλύφθηκε από τις ερωτήσεις και θέλετε να αναφέρετε ; .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Αν ο/η εξεταζόμενος/η πρέπει να λαμβάνει κάποιο φάρμακο, παρακαλούνται οι γονείς να διασφαλίσουν την παροχή του κατά τη διάρκεια της δράσης, μαζί με φωτοτυπία της συνταγής και έγγραφων ιατρικών οδηγιών.**



Υπό την Υψηλή Προστασία του Προέδρου της Κυπριακής Δημοκρατίας

## ΣΩΜΑ ΠΡΟΣΚΟΠΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

### ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η υπογράφων/ουσα την παρούσα βεβαίωση Ιατρός

.....  
(ονοματεπώνυμο & ειδικότητα)

αφού εξέτασα τον/την.....  
και συμπλήρωσα το ατομικό δελτίο υγείας τον/την βρήκα υγιή και ικανό/η να συμμετάσχει στη  
για την Εγγραφή του/της στο Σώμα Προσκόπων Κύπρου.  
.....

Υπογραφή & σφραγίδα Ιατρού

Ημερομηνία : ...../...../ 201..

Τηλέφωνα Ιατρού σε περίπτωση ανάγκης

.....

.....

Ο/Η υπογράφων/ουσα γονέας / κηδεμόνας

.....  
(ονοματεπώνυμο )

έλαβα γνώση των αποτελεσμάτων της ιατρικής εξέτασης του παιδιού μου καθώς  
και των συμβουλών του/της Ιατρού και εγκρίνω τη συμμετοχή του/της στη/στο

Υπογραφή γονέα / κηδεμόνα

.....  
Ημερομηνία : ...../...../ 201..

Σημ. Αναγράφεται απαραίτητα στα κενά πεδία το είδος της δράσης που θα συμμετάσχει το μέλος μας, π.χ. Για την συμμετοχή του στο Παγκόσμιο Τζάμπορ Ιαπωνίας ή για την συμμετοχή του στην Καλοκαιρινή κατασκήνωση στα Πλατάνια 2-9/8/2014 ή για την συμμετοχή του στην εκδρομή της 40ης Ομ. Προσκόπων στην Ελλάδα 12-18/4/2015.