



ΙΕΡΑ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΣ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΝΕΟΤΗΤΑΣ

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΟΝΟΜΑ.....ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΗΜΕΡ. ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ.....

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ ΝΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗΘΕΙ

Ο/η κος/κα.....

Διεύθυνση.....

Τηλέφωνα.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

Εγώ ο/η ιατρός κ/κα.....

εξέτασα σήμερα τον/την.....

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

Αλλεργία.....

Δίαιτα.....

Ειδική μεταχείριση.....

Αντιτετανικό εμβόλιο.....

Ημερομηνία εμβολιασμού.....

Άλλες Παρατηρήσεις.....

.....

.....

Ημερομηνία:.....

Υπογραφή Ιατρού / Σφραγίδα