**ΣΧΟΛΕΙΟ**

**ΣΧΟΛΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Προς Διευθυντή/Διευθύντρια

Ονοματεπώνυμο μαθητή/μαθήτριας …………………………………………………………….

Τμήμα ……………

Ασθένεια / Πρόβλημα Υγείας

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Φαρμακευτική Αγωγή (φάρμακο ή φάρμακα που παίρνει το παιδί):……………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ενέργειες που πρέπει να γίνουν σε περίπτωση προβλήματος: ………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..Οποιαδήποτε άλλη θεραπεία που κάνει το παιδί: ………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..

Τηλέφωνα επικοινωνίας γονέων: Οικίας: ……………………. Κινητό Πατέρα: …………………

Κινητό μητέρας: …………………. Εργασία πατέρα: ………………Εργασία μητέρας:…………………

Σε περίπτωση που είναι αδύνατη η επικοινωνία με τους γονείς με ποιο άτομο θα θέλατε να επικοινωνήσει το Σχολείο;

Όνομα / Συγγένεια: …………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….

Τηλέφωνα: ………………………………………………………………………………………………………

Άλλες παρατηρήσεις:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ονοματεπώνυμο γονιού:……………………………………..

Υπογραφή: ……………………………………

Ημερομηνία: ……………………………….

**Να επιστραφεί από το μαθητή στον Υπεύθυνο Καθηγητή του τμήματός του μέχρι την ……………………………….. (ημερομηνία).**