

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Συμπληρώνεται από αλλεργιολόγο σε συνεργασία με τους γονείς του παιδιού

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός.....

με τηλέφωνο εκτάκτου επικοινωνίας:

εξέτασα σήμερα την /τον

και δηλώνω υπεύθυνα ότι το παραπάνω αναφερόμενο παιδί:

- Πάσχει από αλλεργία στους ακόλουθους αλλεργιογόνους παράγοντες:
 -
 -
- Λόγω του τύπου της αλλεργίας και του ιστορικού του παιδιού, υπάρχει **αυξημένος / μειωμένος** κίνδυνος να εκδηλώσει οξεία αλλεργική αντίδραση/αναφυλαξία μετά την ακούσια ή εκούσια βρώση των παραπάνω σε αυτούσια ή επεξεργασμένη μορφή.
- Φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση τυχόν περιστατικού είναι
- Άλλες οδηγίες συμπληρωματικής αντιμετώπισης, συνιστούν

Ημερομηνία

Υπογραφή & Σφραγίδα ιατρού

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η γονέας.....

με τηλέφωνο εκτάκτου επικοινωνίας:της
/του.....αφού έλαβα υπόψη την ανωτέρω
βεβαίωση του αρμόδιου ιατρού, αναλαμβάνω την **αποκλειστική** ευθύνη της συμμετοχής του παιδιού μου
στις δραστηριότητες της κατασκήνωσης για την περίοδο δεχόμενος/η ότι σε
ενδεχόμενο εκδήλωσης αλλεργικής αντίδρασης/αναφυλαξίας αυτού, η κατασκήνωση δεν φέρει ευθύνη,
πέραν αυτής της παροχής πρώτων βοηθειών στον πάσχοντα.

Ημερομηνία

Υπογραφή γονέα