



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ
& Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΠΕΙΡΑΙΑ
19ο ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΜΑΘΗΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ:.....

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑΤΡΟΥ:.....

Βεβαιώνεται ότι ο/η ανωτέρω μαθητής-τρια :

1. Έχει ολοκληρώσει όλους τους προβλεπόμενους για την ηλικία του/της εμβολιασμούς

☐

2. Υπολείπεται των κάτωθι εμβολίων:

.....

.....

3. Δεν έχει προβεί σε κανενός είδους εμβολιασμό

☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:_____

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

.....