

**ΑΙΤΗΣΗ & ΥΠΕΥΘΥΝΗ
ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
ΜΟΝΟΣΠΙΤΩΝ - ΧΑΡΙΕΣΣΑΣ**

Συμπληρώνονται από το σχολείο

A/A	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ				
		1ης ΕΓΓΡΑΦΗΣ :				
		ΜΕΤΕΓΓΡΑΦΗΣ:				
ΤΑΞΗ	ΣΥΝΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ					
	ΠΙΣΤ.	ΝΗΠ.	ΕΜΒ.	ΔΙΕΥΘ.	ΟΛΟΗΜ.	ΑΔΥΜ

- Σας παρακαλώ να εγγράψετε τ..... παρακάτω κηδεμονευομεν..... μου στο Σχολείο σας.
- Δηλώνω πως τα στοιχεία και τα δικαιολογητικά που σας υποβάλλω είναι ορθά, αληθή και ακριβή
- Εξουσιοδοτώ το Σχολείο να αναζητήσει αυτεπάγγελα το απαραίτητο Πιστοποιητικό Γέννησης που απαιτείται για την εγγραφή

Παρακαλούμε για τη συμπλήρωση των ακόλουθων σημαντικών για εμάς στοιχείων του/της μαθητή/τριας με πεζά γράμματα. Βάλτε "X" στις επιθυμητές επιλογές. Τα στοιχεία που θα αποτυπώσετε θα φυλαχθούν εμπιστευτικά στο αρχείο του Σχολείου μας.

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ:		ΟΝΟΜΑ:											
ΦΥΛΟ:	ΑΓΟΡΙ <input type="checkbox"/>	ΚΟΡΙΤΣΙ <input type="checkbox"/>	A.M.K.A:										
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:				-				2	0	1	6
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ (ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ):		ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:		ΕΤΟΣ ΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ									
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΠΕΡΙΟΧΗ:		T.K.:									

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ				ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ			
ΕΠΙΘΕΤΟ:		ΕΠΙΘΕΤΟ:					
ΟΝΟΜΑ:		ΟΝΟΜΑ:					
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:					
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:		ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:		ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:					

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΠΑΤΕΡΑ		ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ:		ΚΙΝΗΤΟ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:		ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	
E-MAIL:		E-MAIL:	

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ:	
-------------------------	--

ΆΛΛΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ:	
-----------------------	--

Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΤΗΝ ΚΗΔΕΜΟΝΙΑ ΕΧΟΥΝ:	
ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ: <input type="checkbox"/>
Ο ΠΑΤΕΡΑΣ: <input type="checkbox"/>
Η ΜΗΤΕΡΑ: <input type="checkbox"/>
ΆΛΛΟΣ: <input type="checkbox"/>

ΑΝ ΆΛΛΟΣ, ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ											
ΕΠΙΘΕΤΟ:											
ΟΝΟΜΑ:											
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:											
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:											
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-							
		-									

Ε. ΑΔΕΡΦΙΑ

Το παιδί σας έχει άλλα αδέρφια που φοιτούν στο σχολείο μας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	-------------------------------------

ΑΝ ΝΑΙ, ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΑΔΕΡΦΩΝ	Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΔΕΡΦΩΝ	ΤΑΞΗ
	1.		
2.			
3.			

ΣΤ. ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ: Τα στοιχεία που θα αποτυπώσετε θα φυλαχθούν εμπιστευτικά στο αρχείο του Σχολείου μας.

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Είναι ο πατέρας εν ζωή; | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| 2. Είναι η μητέρα εν ζωή; | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| 3. Είναι η γονείς σε διάσταση; | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| Αν ΝΑΙ υπάρχει σε εκκρεμότητα κηδεμονία; | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> | ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| Αν ΝΑΙ ποιος έχει την επιμέλεια; | Ο ΠΑΤΕΡΑΣ <input type="checkbox"/> | Η ΜΗΤΕΡΑ <input type="checkbox"/> |

ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΘΑ ΑΠΟΧΩΡΕΙ ΜΟΝΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	-------------------------------------

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΨΟΥΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟ ΣΧΟΛΑΣΜΑ Ή ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΚΤΑΚΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ		
Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
1.		
2.		
3.		

ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΗ:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	-------------------------------------

ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΛΥΣΤΕ ΤΟ:

ΥΓΕΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΙΦ

: ΕΚΚΡΕΜΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ): _____

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ): _____

ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ): _____

ΥΠΑΡΞΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΜΑΘΗΔΙΑΚΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΛΥΣΤΕ ΤΗ:

Έντυπο γονικής συγκατάθεσης για ανάρτηση φωτογραφιών ή βίντεο στην σχολική ιστοσελίδα



Προϋπόθεση:

ότι δεν θίγονται προσωπικά δεδομένα όπως κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο παιδί μου, για παράδειγμα το όνομα, τη διεύθυνση της οικίας μας, το τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό), τα ενδιαφέροντα, επιδόσεις στο σχολείο, κ.ο.κ. σύμφωνα και με την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω, κατά τη διάρκεια εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων το σχολείου, την ανάρτηση φωτογραφιών ή βίντεο στα οποία βρίσκεται ο υιός/κόρη μου _____

_____ μαθητής/μαθήτρια της

_____ Τάξης του Δημοτικού Σχολείου Μονοσπίτων - Χαρίεσσας στον ιστοχώρο του σχολείου που

βρίσκεται στη διεύθυνση <http://dim-monosp.ima.sch.gr>

Μονόσπιτα,/...../2022

Ο Δηλών / ούσα

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Σε εφαρμογή του νόμου 4229/2014, άρθρο 11, παρ. 2)



Υπουργείο Παιδείας
και Θρησκευμάτων

Υπουργείο Υγείας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ):

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:

ΣΧΟΛΕΙΟ: 10ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ..... ΤΑΞΗ: Α'.....

Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ) τηρείται στο Σχολείο και αντίγραφο του φυλάσσεται στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού. Το περιεχόμενο του ΑΔΥΜ είναι απόρρητο.

Συμπληρώνεται μετά από προληπτική ιατρική εξέταση που περιλαμβάνει ιστορικό και φυσική εξέταση, σύμφωνα με Φύλλο ιατρικής εξέτασης για το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή. Περαιτέρω ειδικός έλεγχος γίνεται μόνο εάν υπάρχουν ειδικές ιατρικές ενδείξεις. Στο ΑΔΥΜ σημειώνονται τα πορίσματα της εξέτασης που αφορούν το Σχολείο. Σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης υγείας του παιδιού το ΑΔΥΜ επικαιροποιείται με ευθύνη των γονέων/κηδεμόνων.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

(Σημειώνονται με σκοπό τη στήριξη του παιδιού στο Σχολείο και με τελική απόφαση του/της ιατρού, ύστερα από συνεννόηση με γονέα/κηδεμόνα ή και το παιδί. Δεν πρέπει να παραληφθούν πληροφορίες που η απουσία τους μπορεί να εκθέσει το παιδί σε κίνδυνο.)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

- Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)
- Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας) > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:

- Παραπομπή για ειδικό έλεγχο** (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες)

> Ειδικότητα/ες όπου γίνεται παραπομπή:

Ημ/νία εξέτασης

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

Σφραγίδα Μονάδας Υγείας (για ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

- Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από τον ειδικό έλεγχο δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)
- Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας) > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:

> Ιατρική ειδικότητα:

> Έλεγχος που έγινε:

Ημ/νία εξέτασης

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

Σφραγίδα Μονάδας Υγείας (για ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)

* Η παρούσα γνωμάτευση δεν ισχύει για Πανελλήνιους Σχολικούς Αγώνες και Πανελλήνια Σχολικά Πρωταθλήματα, δεν ισχύει επίσης για σχολικές δραστηριότητες που υλοποιούνται από άλλο φορέα πλην του Σχολείου ή του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

** Αφορά τον ειδικό έλεγχο ο οποίος, κατά την κρίση του ιατρού που διενήργησε την προληπτική εξέταση, είναι αναγκαίος για να γίνει γνωμάτευση συμμετοχής στις σχολικές δραστηριότητες. Στις περιπτώσεις αυτές, δίνεται παραπεμπτικό σημείωμα με περιγραφή των αιτίων παραπομπής.

Επιστημονική επιμέλεια:

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

..... ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.....

Δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του/των παιδιού/παιδιών μου στο Ολοήμερο Πρόγραμμα

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Όνοματεπώνυμο πατέρα:		
Όνοματεπώνυμο μητέρας:		

Όνοματεπώνυμο μαθητή/ τριας:

.....τάξη.....

.....τάξη.....

.....τάξη.....

.....τάξη.....

Δηλώνω ότι επιθυμώ ως ώρα αποχώρησης του/των παιδιού/ων μου από το πρόγραμμα του Ολοήμερου (ισχύει για όλη τη διάρκεια λειτουργίας του Ολοήμερου) τις:

15.00	
16.00	

(σημειώνετε με X την επιθυμητή ώρα)

Το/τα παιδί/-ιά μου κατά την αποχώρησή του/τους από το Σχολείο παραλαμβάνονται-συνοδεύονται:

ΝΑΙ	ΌΧΙ

(σημειώνετε με X ένα από τα δύο)

Σε περίπτωση που παραλαμβάνονται, σημειώνετε από ποιον/ποιους

Όνοματεπώνυμο συνοδού-τηλ. επικοινωνίας:

*Δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του/ των παιδιού/ων μου στο τμήμα πρόωρης υποδοχής: ΝΑΙ..... ΌΧΙ..... (Σημειώνετε αντίστοιχα)

*(με την προϋπόθεση της εγγραφής και φοίτησης του μαθητή στο ολοήμερο τμήμα)

.....2022

Ο/ Η Αιτ.....- Δηλ.....

.....