

14^ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΜΑΘΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΤΑΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ 2023- 2024

Ανακοινώνεται ότι οι εγγραφές των μαθητών/τριών που γεννήθηκαν από 1-1-2017 έως 31-12-2017 και θα φοιτήσουν στην **πρώτη τάξη** Δημοτικού Σχολείου κατά τη σχολική χρονιά **2023 -2024** αρχίζουν την **Τετάρτη 1 Μαρτίου 2023** και λήγουν την **Δευτέρα 20 Μαρτίου 2023**, ενώ τα απαραίτητα δικαιολογητικά είναι:

- 1. Αίτηση - υπεύθυνη δήλωση:** Θα την πάρετε από το Σχολείο και θα συμπληρώσετε τα απαραίτητα στοιχεία.
- 2. Πιστοποιητικό γέννησης Δήμου ή Κοινότητας:** Δεν απαιτείται η προσκόμιση από τους γονείς αλλά αναζητείται από το ίδιο το Σχολείο σύμφωνα με τα στοιχεία που δηλώνουν οι γονείς.
- 3. Βεβαίωση Φοίτησης Νηπιαγωγείου:** Θα την πάρετε από το Νηπιαγωγείο.
- 4. Εμβόλια:** Επίδειξη του βιβλιαρίου υγείας του/της μαθητή/τριας ή προσκόμιση άλλου στοιχείου στο οποίο να φαίνεται ότι έγιναν τα προβλεπόμενα εμβόλια.
- 5. Ατομικό Δελτίο Υγείας (Α.Δ.Υ.Μ.):** Η συμπλήρωση του είναι υποχρεωτική και είναι απαραίτητο για τη συμμετοχή των μαθητών/τριών στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής και γενικότερα στις σχολικές - αθλητικές δραστηριότητες. Καταρτίζεται και συμπληρώνεται από ιατρούς των οικείων Μονάδων Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Κέντρα Υγείας, Πολυδύναμα Περιφερειακά ιατρεία κ.λ.π.) ή των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ή των ιδιωτών ιατρών συμβεβλημένων με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) ή τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα των γονέων και κηδεμόνων ή από ιδιώτες ιατρούς (χωρίς σύμβαση με ασφαλιστικά ταμεία). Οι ειδικότητες των ιατρών που έχουν τη δυνατότητα κατάρτισης και συμπλήρωσης και την ευθύνη υπογραφής του Α.Δ.Υ.Μ. είναι παιδίατροι ή γενικοί ιατροί ή σε ειδικές περιπτώσεις, παθολόγοι (θα το πάρετε από το σχολείο).
- 6. Αποδεικτικό διεύθυνσης κατοικίας:** Αποδεικτικό στοιχείο από το οποίο φαίνεται η διεύθυνση κατοικίας (συμβόλαιο, λογαριασμός ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΔΕΥΑΗ κ.λπ.).
 - Αν οι γονείς είναι διαζευγμένοι δικαστική απόφαση επιμέλειας ή ιδιωτικό συμφωνητικό.
 - Οι αλλοδαποί μαθητές/τριες εγγράφονται στην Α΄ τάξη προσκομίζοντας τα δικαιολογητικά που αναγράφονται παραπάνω, καθώς και πιστοποιητικό γέννησης επίσημα μεταφρασμένο χωρίς τη δέσμευση της ημερομηνίας έκδοσης. Όσοι δε δύνανται να προσκομίσουν το πιστοποιητικό γέννησης μπορούν να εγγραφούν με ληξιαρχική πράξη γέννησης.
 - **Για την εγγραφή στο Ολοήμερο πρόγραμμα** είναι απαραίτητη η συμπλήρωση της Αίτησης – Δήλωσης Γονέα/Κηδεμόνα (θα την πάρετε από το σχολείο).

Οι εγγραφές θα πραγματοποιούνται καθημερινά και ώρες 09.00-12.00, στο γραφείο του Διευθυντή του σχολείου.

Τηλ.επικοινωνίας: 2104315428

Ο Διευθυντής του Σχολείου

Ιωάννης Καφούρος

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η παρακάτω υπογράφων/ουσα παιδίατρος,
βεβαιώνω πως ο/η μαθητής/τρια:

.....

είναι υγιής και μέχρι σήμερα....., έχει
κάνει όλα τα προβλεπόμενα εμβόλια.

Το παρόν δίνεται για την εγγραφή του/της στην
Α΄ τάξη του Δημοτικού Σχολείου.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ημερομηνία:

Ο/Η Παιδίατρος

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: ΤΑΞΗ:

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

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ
(Φυλάσσεται στο αρχείο του ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

Επώνυμο μαθητή/μαθήτριας	Όνομα μαθητή/μαθήτριας	Ημ/νία γέννησης	A <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/>	ΑΜΚΑ
--------------------------	------------------------	-----------------	---	------

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Συμπληρώνεται και υπογράφεται από γονέα/κηδεμόνα. Εάν χρειάζεται, δίνονται επεξηγήσεις ή συμπληρώνεται από τον/την ιατρό.)

Ιστορικό παιδιού: γενικές ερωτήσεις		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς (συνέχεια)		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Έχει ή είχε ποτέ κάποια σοβαρή αρρώστια;			13	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έχει εμφανίσει λιποθυμικό επεισόδιο ή σπασμούς άγνωστης αιτιολογίας;		
2	Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο (με διανυκτέρευση);			14	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που είναι γνωστό ότι έχει κάποιο κληρονομικό καρδιαγγειακό νόσημα, όπως υπερτροφική ή διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάζου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada;		
3	Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση;						
4	Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά;						
5	Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο);						
Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς				Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα			
6	Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;			15	Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών;		
7	Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;			16	Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;		
8	Έχει ποτέ παραπονεθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;			17	Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;		
9	Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;			18	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;		
10	Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση;			19	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;		
Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς				20	Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;		
11	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών);			21	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);		
12	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έπαθε έμφραγμα ή στεφανιαία νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο σε νεαρή ή μέση ηλικία (<55 ετών για άνδρες και <65 για γυναίκες);			22	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφικτήρων);		
				23	Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε;		

Συμπληρωματικές πληροφορίες για ερωτήσεις με "ΝΑΙ":

Βεβαιώνω, σύμφωνα με όσα γνωρίζω, για την ακρίβεια των παραπάνω.

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα	Σχέση με παιδί	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή	Τηλέφωνο επικοινωνίας
------------------------------	----------------	--------------------	----------	-----------------------

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

Μέτρηση		Φυσιολογικά		Παθολογικά ευρήματα				
Βάρος:	kg	Ύψος:	m	ΔΜΣ:	Σφύξεις:	/min	ΑΠ:	mmHg
1	Επισκόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan							
2	Οπτική οξύτητα, στραβισμός							
3	Στοματική κοιλότητα, δόντια							
4	Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες							
5	Αναπνευστικό σύστημα							
6	Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα							
7	Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση							
8	Άλλα ευρήματα							

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ή ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

	Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες: <input type="checkbox"/> Χωρίς περιορισμούς <input type="checkbox"/> Με περιορισμούς <input type="checkbox"/> Παραπομπή → Ειδικότητα/ες:	
Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Σχόλια:

Όνοματεπώνυμο ιατρού	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή ιατρού / Σφραγίδα→
----------------------	--------------------	-----------------------------

Επιστημονική επιμέλεια:

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

ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

14ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

Δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του/των παιδιού/παιδιών μου στο Ολοήμερο Πρόγραμμα **κλασικού ή διευρυμένου τύπου** (συμπληρώστε, ανάλογα, παρακάτω)

	Τηλέφωνο επικοινωνίας:
Όνοματεπώνυμο πατέρα:	
Όνοματεπώνυμο μητέρας:	
Όνοματεπώνυμο μαθητή/ τριας: τάξη.....
 τάξη.....
 τάξη.....
 τάξη.....

1) Δηλώνω ότι επιθυμώ την συμμετοχή του παιδιού μου στο **κλασικού τύπου ολοήμερο**, με ώρα αποχώρησης από το πρόγραμμα του Ολοήμερου στις:

15:00	
16:00	

(σημειώνετε με X την επιθυμητή ώρα)

2) Δηλώνω ότι επιθυμώ την συμμετοχή του παιδιού μου στο **διευρυμένου τύπου ολοήμερο**, με ώρα αποχώρησης από το πρόγραμμα του Ολοήμερου στις:

15:50	
17:30	

(σημειώνετε με X την επιθυμητή ώρα)

συνοδεύονται:

ΝΑΙ	ΟΧΙ
-----	-----

(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 πρωινής ζώνης: ΝΑΙ..... ΟΧΙ..... (Σημειώνετε αντίστοιχα)

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

Κερατσίνι, .../.../2023

Ο/ Η Αιτ.....- Δηλ.....

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α΄ ΤΑΞΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

ΠΡΟΣ : Κ.ΔΝΤΗ 14^{ου} ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

Ημερομηνία : /3/2023

Αρ. Πρωτ. :

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ /ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ

Όνομα		Επώνυμο		Φύλο	
Ημερομηνία γέννησης		Τόπος γέννησης		Χώρα γέννησης	

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΑ/ΑΙΤΟΥΣΑΣ

Όνοματεπώνυμο πατέρα :	Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου :
	
Όνοματεπώνυμο μητέρας :	Τηλέφωνο :
		Ηλ. Ταχυδρ. :
		Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου :
	
		Τηλέφωνο :
		Ηλ. Ταχυδρ. :

3. Δ/ΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Τόπος		Οδός		Αριθμός		Τ.Κ.	
Το οικοδομικό τετράγωνο στο οποίο διαμένει η οικογένεια περικλείεται από τις οδούς :							
α).....							
β).....							
γ).....							
δ).....							

4. ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ή ΣΕ ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	
Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	
Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	

5. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ (υπάρχουν διαγνωσμένες εκπαιδευτικές ανάγκες ;)

ΝΑΙ		ΟΧΙ	
-----	--	-----	--

6. α) ΕΠΙΘΥΜΩ ΤΗ ΣΥΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

	Ώρα αποχώρησης 15:00	Ώρα αποχώρησης 16:00		
ΝΑΙ			ΟΧΙ	

β) ΕΠΙΘΥΜΩ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ (ΕΦΟΣΟΝ ΑΥΤΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΣΕΙ)

	Ώρα αποχώρησης 17.30		
ΝΑΙ		ΟΧΙ	

7. ΕΠΙΘΥΜΩ ΤΗ ΣΥΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΝΗ ΖΩΝΗ

ΝΑΙ		ΟΧΙ	
-----	--	-----	--

8. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ, ΤΟΠΟΣ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ, ΥΠΟΓΡΑΦΗ

α) Ο/Η υπογραφόμενος... γονέας/κηδεμόνας δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δηλώσεως ότι το παιδί μου θα παραλαμβάνουν από το Δημοτικό Σχολείο οι κάτωθι :

- ✓ με Α.Δ.Τ.
- ✓ με Α.Δ.Τ.
- ✓ με Α.Δ.Τ.

β) Ο/Η υπογραφόμενος... γονέας/κηδεμόνας δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δηλώσεως ότι όλα τα στοιχεία που αναφέρονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή όπως και τα δικαιολογητικά που επισυνάπτω.

Κερατσίνι, /3/2023

Ο/Η Αιτών/-ούσα

Εκκρεμή δικαιολογητικά:.....