

ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΣΤΗΝ Α΄ ΤΑΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ 2024-2025

Σας ενημερώνουμε ότι οι εγγραφές των μαθητών στην Α΄ τάξη πραγματοποιούνται

από 1 μέχρι 20 Μαρτίου 2024 κατά τις εργάσιμες ημέρες και **ώρες 8.30 -9:30 π.μ**

στον 1^ο όροφο

Θα εγγραφούν όσοι μαθητές/-τριες γεννήθηκαν από 1-1-2018 μέχρι 31-12-2018.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΕΙ Ο ΓΟΝΕΑΣ-ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ:

1. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Γέννησης ή Οικογενειακής Κατάστασης
2. Βιβλιάριο υγείας του μαθητή/μαθήτριας(έλεγχος εμβολιασμών)
3. Αποδεικτικό στοιχείο της διεύθυνσης κατοικίας (πρόσφατος λογαριασμός ΔΕΗ ή ΕΥΔΑΠ ή αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος ή συμβόλαιο κατοικίας, όπου θα αναγράφεται το όνομα του κηδεμόνα)
4. Βεβαίωση φοίτησης Νηπιαγωγείου
5. Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ)

ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ/mail:

27°: 210-8213059 - mail@27dim-athin.att.sch.gr

30°: 210-8815100 - mail@30dim-athin.att.sch.gr

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α΄ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
..... ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Ημερομηνία: _____

Αρ.Πρωτ.: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ		Α.Δ.Τ.
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ		Α.Δ.Τ.
e-mail		ΤΗΛ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ-ΤΡΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΤΟΠΟΣ		ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
-------	--	------	--	---------	--	------	--

ΑΔΕΡΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ή ΣΤΟ ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	
Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	
Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΘΗΤΗ-ΤΡΙΑΣ

Υπάρχουν διαγνωσμένες εκπαιδευτικές ανάγκες του/της μαθητή/-τριας

ΝΑΙ		ΟΧΙ	
-----	--	-----	--

Συνημμένη Γνωμάτευση:

ΝΑΙ		ΟΧΙ	
-----	--	-----	--

Ο/Η υπογραφόμενος-η Γονέας δηλώνω Υπεύθυνα κι 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.

_____/_____/_____

Ο/Η Αιτών-ούσα

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

➤ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : _____

➤ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : _____

➤ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΘΕΜΑΤΑ που πρέπει να γνωρίζει το σχολείο:

• Μονογονεϊκή Οικογένεια ΝΑΙ ΟΧΙ

• Οι γονείς είναι σε διάσταση/διαζευγμένοι; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, υπάρχει εκκρεμότητα κηδεμονίας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, ποιος έχει την επιμέλεια; ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΗΤΕΡΑ

Προσκόμιση απόφασης επιμέλειας: ΝΑΙ ΟΧΙ

• Έχει το παιδί κάποιο πρόβλημα υγείας/ αλλεργία; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, περιγράψτε το: _____

• Θέλετε να προσθέσετε οτιδήποτε θεωρείτε ότι θα έπρεπε να γνωρίζει το σχολείο;

➤ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΗΚΑΝ:

ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (Α.Δ.Υ.Μ.) ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΡΗΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

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



Υπουργείο Παιδείας
Έρευνας 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;			Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα			
4	Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά;			15	Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών;		
5	Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο);			16	Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;		
Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς				17	Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;		
6	Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;			18	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;		
7	Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;			19	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;		
8	Έχει ποτέ παραπονεθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;			20	Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;		
9	Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;			21	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);		
10	Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση;			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);		
Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς				23	Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε;		
11	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών);						
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);						

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 ΟΧΙ 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 ΓΙΑ ΟΛΟΗΜΕΡΟ

..... ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

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:

(σημειώνετε με X την επιθυμητή ώρα)

14.55	
15.50	
17.30	

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 (Σημειώνετε αντίστοιχα)

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

...../...../ 2024

Ο/ Η Αιτ.....- Δηλ.....

.....