



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΠΕΡ. Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ ΚΑΙ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ Ν. ΑΙΓΑΙΟΥ
Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ
ΟΛΟΗΜΕΡΟ 6/Θ 2^ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΡΕΜΑΣΤΗΣ ΡΟΔΟΥ
Ταχ. Διεύθυνση: Λεωφόρος Ελευθερίας 176, Κρεμαστή, (Δίπλα στη Γέφυρα Κρεμαστής)
Τηλ. Επικ.2241071454, 6932613558, e-mail: mail@2dim-kremast.dod.sch.gr

ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΜΑΘΗΤΩΝ Α΄ ΤΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ:2024-2025

Σας ανακοινώνουμε ότι σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας από 28-02-24 Αρ. Πρωτοκόλλου: Φ.6/21383/Δ1, κατά το σχολικό έτος 2024-2025 στην Α΄ Τάξη του Δημοτικού Σχολείου θα φοιτήσουν οι μαθητές/τριες που γεννήθηκαν από 1-1-2018 έως και 31-12-2018. Οι εγγραφές των μαθητών θα γίνονται από την Παρασκευή 1/03/24 ως τις 20/03/24

Α. Δικαίωμα εγγραφής έχουν όσοι η διεύθυνση κατοικίας τους είναι μέσα στα όρια του σχολείου τα οποία είναι:

- Σύμφωνα με την απόφαση με Ημερ.:28-02-23, Αριθμ.πρωτ:1664, Η σχολική περιφέρεια του 2^{ου} Δημοτικού Σχολείου Κρεμαστής περιλαμβάνει: Τις περιοχές που περικλείονται από τις οδούς: Νηρηίδων, Φοίβου, Σταδίου, 25ης Μαρτίου, Παπαγιάννη, χωρίς τις συγκεκριμένες οδούς.
- Και όσοι τα αδέρφια τους, φοιτούν ήδη στο σχολείο.

Τα δικαιολογητικά έγγραφα για την εγγραφή των μαθητών στην Α΄ Τάξη, για το σχολικό έτος: 2024-2025 είναι:

Β. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

1. Πιστοποιητικό γέννησης Δήμου ή Κοινότητας. Διευκρινίζεται ότι για την εγγραφή των μαθητών/τριών στα Δημοτικά Σχολεία της χώρας δεν απαιτείται η προσκόμιση του Πιστοποιητικού Γέννησης από τους γονείς. (Θα το πάρει το σχολείο από το my school)

2. Βιβλιάριο Υγείας του/της μαθητή/τριας, ή προσκόμιση άλλου στοιχείου, από το οποίο αποδεικνύεται ότι έγιναν τα εμβόλια που προβλέπονται και είναι ενταγμένα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.

3. Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (θα δοθεί από το σχολείο και θα συμπληρωθεί από τον παιδίατρο)

4. Αίτηση –Υπεύθυνη Δήλωση εγγραφής στην Α΄ Τάξη (θα δοθεί από το σχολείο και θα συμπληρωθεί από εσάς)

5. Αποδεικτικό στοιχείο από το οποίο προκύπτει η διεύθυνση κατοικίας του μαθητή/τριας.(Λογαριασμός ΔΕΗ, ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΤΗΛ), θα το φέρετε εσείς.

6. Βεβαίωση Φοίτησης Νηπιαγωγείου και Πιστοποιητικό Φοίτησης Νηπιαγωγείου για την εγγραφή στο Δημοτικό.(Θα δοθεί τώρα η βεβαίωση Φοίτησης από το Νηπιαγωγείο)

Γ. ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΙΝΗΣ ΖΩΝΗΣ

Οι μαθητές/τριες εγγράφονται στο Προαιρετικό Ολοήμερο Πρόγραμμα κατόπιν σχετικής αίτησης-δήλωσης των γονέων/κηδεμόνων τους. Οι Διευθυντές/τριες και οι Προϊστάμενοι/ες των Δημοτικών Σχολείων κάνουν δεκτές όλες ανεξαιρέτως τις αιτήσεις των γονέων/κηδεμόνων για φοίτηση των μαθητών/τριών στο Ολοήμερο Πρόγραμμα, χωρίς προϋποθέσεις σύμφωνα με τη με αρ. πρωτ. 118139/Δ1/9-9-2020 Υ.Α. (Β' 3838). Ενδιάμεση αποχώρηση των μαθητών/τριών μπορεί να γίνεται μετά το τέλος της 2ης ώρας του Προαιρετικού Ολοήμερου Προγράμματος (15:00) εφόσον κατατεθεί σχετική ενυπόγραφη δήλωση των γονέων/κηδεμόνων τους. Στο τμήμα της πρωινής ζώνης έχουν δικαίωμα συμμετοχής έχουν μαθητές/τριες οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι/ες και φοιτούν στο Προαιρετικό Ολοήμερο Πρόγραμμα. Ο ελάχιστος αριθμός για τη λειτουργία του τμήματος Πρωινής Ζώνης μαθητών/τριών είναι επτά (7) μαθητές/τριες για σχολεία με λειτουργικότητα έως 8/θέσια.

Σας ενημερώνω ότι τα δικαιολογητικά θα βρίσκονται και την ιστοσελίδα/blog του σχολείου: <https://blogs.sch.gr/2dimkremast/>

Παρακαλείσθε να έρχεστε στο Δημοτικό Σχολείο κατόπιν συνεννόησης με τη Διευθύντρια κα Καραπιπέρη Θεοδώρα, καθημερινά από: 8:30π.μ - 9:15π.μ και 1:15μ.μ 2:00μ.μ- από την 1/03/24 ως στις 20/03/24 Τηλέφωνα Επικοινωνίας: 2241071454/6932613558



ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (σύμφωνα με το Π.Δ. 79/2017)**ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Δ' ΤΑΞΗ****ΣΧ.ΕΤΟΣ:2024-2025****ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΤΟΥ 2^{ου} ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΚΡΕΜΑΣΤΗΣ**

Ημερομηνία: _____

Αρ. Πρωτ.: _____

Όνομα και Επώνυμο Πατέρα		Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας		Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας
Δνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου Πατέρα (email):	Τηλ. Σταθ.: Κιν πατέρα :..... Κιν. Μητέρας :.....	Δνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου Μητέρας: (email)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ (με μικρά γράμματα)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ-ΤΟΠΟΣ - ΧΩΡΑ			

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΤΟΠΟΣ (Δήμος)	ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΤΚ
ΟΔΟΙ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΥΝ ΤΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			

3. ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ή ΣΕ ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΑ ΣΧΟΛΕΙΑ-ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ

Όνοματεπώνυμο	Σχολείο Φοίτησης
Όνοματεπώνυμο	Σχολείο Φοίτησης

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ Υπάρχουν διαγνωσμένες εκπαιδευτικές ανάγκες του/της μαθητή/τριαςΝαι Όχι

Ο/Η υπογραφόμενος/-η γονέας 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.
Κρεμαστή ____ Μαρτίου 2024 Ο/Η αιτών/-ούσα

(ονοματεπώνυμο ολογράφως & υπογραφή)

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ	ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ	ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ ΣΤΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ
	<input type="checkbox"/> Γνωμάτευση ΚΕΔΔΥ/Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου κλπ. <input type="checkbox"/> Αποδεικτικό Κατοικίας <input type="checkbox"/> Εμβολιασμός/ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ <input type="checkbox"/> Α.Δ.Υ.Μ	<input type="checkbox"/> Αίτηση – Δήλωση για Ολοήμερο



Υπουργείο Παιδείας,
Θρησκευμάτων &
Αθλητισμού,
Υπουργείο Υγείας

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

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

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.

<p>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.</p>									
<p>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.)</p>									
<p>ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*</p> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)</td><td><input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας)</td><td rowspan="2">> Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> Παραπομπή για ειδικό έλεγχο** (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες) > Ειδικότητες όπου γίνεται παραπομπή:</td></tr></table>			<input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)	<input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας)	> Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:	<input type="checkbox"/> Παραπομπή για ειδικό έλεγχο** (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες) > Ειδικότητες όπου γίνεται παραπομπή:			
<input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)	<input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας)	> Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:							
<input type="checkbox"/> Παραπομπή για ειδικό έλεγχο** (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες) > Ειδικότητες όπου γίνεται παραπομπή:									
Ημ/νία εξέτασης	Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού	Σφραγίδα Μονάδας Υγείας (για ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)							
<p>ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ** ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*</p> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από τον ειδικό έλεγχο δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)</td><td><input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας)</td><td rowspan="2">> Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:</td></tr><tr><td colspan="2">> Ιατρική ειδικότητα:</td></tr><tr><td colspan="2">> Έλεγχος που έγινε:</td></tr></table>			<input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από τον ειδικό έλεγχο δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)	<input type="checkbox"/> Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας)	> Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:	> Ιατρική ειδικότητα:		> Έλεγχος που έγινε:	
<input type="checkbox"/> Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από τον ειδικό έλεγχο δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)	<input type="checkbox"/> 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, Θρησκευμάτων & Αθλητισμού.

** 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

2ο 6/ΘΕΣΙΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΡΕΜΑΣΤΗΣ

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.....

Σημειώνουμε την τάξη που θα φοιτήσει το 2024-2025

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)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

	ΠΑΤΕΡΑ	ΜΗΤΕΡΑΣ
1 ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
2 ΚΑΡΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ		
3 ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ		

ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΕ ΝΑΙ/ΟΧΙ

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

Ο/ Η Αιτ.....- Δηλ.....

.....