

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΣΤΗΝ Α΄ ΤΑΞΗ

Οι εγγραφές των μαθητών/τριών στην Α΄ Τάξη για το σχολικό έτος 2024-2025 αρχίζουν την Παρασκευή 1-3-2024 και λήγουν την Τετάρτη 20-3-2023.

Εγγραφές μετά την 20η Μαρτίου θεωρούνται εκπρόθεσμες και χρειάζονται την έγκριση της Διευθύντριας Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Στην Α΄ τάξη εγγράφονται και θα φοιτήσουν οι μαθητές/τριες που γεννήθηκαν από 1-1-2018 έως 31-12-2018.

Τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την εγγραφή στην Α΄ τάξη είναι τα εξής:

(Μπορείτε να ανασύρετε τα προς συμπλήρωση έντυπα και από το ιστολόγιο του σχολείου: <https://blogs.sch.gr/3dimanat>).

- 1. Αίτηση-Υπεύθυνη Δήλωση εγγραφής στην Α΄ τάξη.**
- 2. Βεβαίωση φοίτησης Νηπιαγωγείου.**
- 3. Αποδεικτικό διεύθυνσης κατοικίας του μαθητή/τριας:** α. Λογαριασμό ΔΕΚΟ β. Μισθωτήριο συμβόλαιο (στην περίπτωση ενοικίασης κατοικίας) γ. Τίτλος ιδιοκτησίας δ. άλλο δημόσιο πρόσφατο έγγραφο ε. Στην περίπτωση λογαριασμών από ιδιωτικούς παρόχους απαιτούνται δύο λογαριασμοί από διαφορετικούς παρόχους.
- 4. Ατομικό Δελτίο Υγείας του μαθητή (Α.Δ.Υ.Μ.)** Το έντυπο αυτό συμπληρώνεται από την/ τον παιδίατρο.
- 5. Επίδειξη του Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού,** ή προσκόμιση άλλου στοιχείου, στο οποίο αποδεικνύεται ότι έγιναν όλα τα προβλεπόμενα εμβόλια.
- 6. Οι αλλοδαποί μαθητές /τριες** οφείλουν να προσκομίσουν ληξιαρχική πράξη γέννησης γέννησης ή πιστοποιητικό επίσημα μεταφρασμένο.
- 7. ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ:** Αίτηση – Δήλωση εγγραφής στο ολοήμερο πρόγραμμα (δεν απαιτούνται δικαιολογητικά).

Η κατάθεση των δικαιολογητικών θα γίνεται στο **3ο Δημοτικό Σχολείο Ανατολής** (Νυμφών - Φιλύρας από Δευτέρα έως και Παρασκευή από 8.30΄-9.30΄).

### **ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

**Τηλέφωνα:** 2651048466, 2651361517

**Email:** [mail@3dim-anatol.ioa.sch.gr](mailto:mail@3dim-anatol.ioa.sch.gr)

Η Διευθύντρια του Σχολείου  
Μαρία Τσουμελέκα

# ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

## ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α΄ ΤΑΞΗ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

Προς το 3<sup>ο</sup> Δ. Σ. Ανατολής Ιωαννίνων

Ανατολή Ιωαννίνων .... / .... / .....

Αρ. Πρωτ.....

Όνοματεπώνυμο πατέρα:	
Όνοματεπώνυμο μητέρας:	
Σταθερό τηλέφωνο:	
Κινητό πατέρα:	
Κινητό μητέρας:	
E-mail πατέρα:	
E-mail μητέρας:	
Επάγγελμα πατέρα:	
Επάγγελμα μητέρας:	

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

- Επώνυμο:..... • Όνομα:.....
- Ημερομηνία γέννησης: .... / .... / .....
- ΑΜΚΑ: .....
- Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας: Οδός:..... Αρ. .... Τ.Κ. ....

• Αδέρφια που φοιτούν στο .... Δημοτικό Σχολείο .....

α) Όνοματεπώνυμο:..... Τάξη:.....

β) Όνοματεπώνυμο:..... Τάξη:.....

• Διαγνωσμένες εκπαιδευτικές ανάγκες μαθητή/τριας: ΝΑΙ  ΟΧΙ

• Προβλήματα υγείας (Αλλεργίες, χρόνια νοσήματα κ.α.) που οφείλει να γνωρίζει το σχολείο:

.....

• Παρακολούθηση Ολοήμερου προγράμματος: ΝΑΙ  ΟΧΙ

• Παρακολούθηση πρωινής ζώνης: ΝΑΙ  ΟΧΙ

• Είναι οι γονείς σε διάσταση; ΝΑΙ  ΟΧΙ

• Αν ΝΑΙ, υπάρχει εκκρεμότητα κηδεμονίας; ΝΑΙ  ΟΧΙ

• Αν ΝΑΙ, ποιος έχει την ευθύνη του παιδιού; ΠΑΤΕΡΑΣ  ΜΗΤΕΡΑ

• Το παιδί θα φεύγει μόνο του από το σχολείο; ΝΑΙ  ΟΧΙ

• Αν ΟΧΙ, ποιος θα το συνοδεύει; .....

.....

• Επιπλέον πληροφορίες που θεωρείτε χρήσιμο να γνωρίζει το σχολείο:

.....

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.

....., .... / .... / 20.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ -ΟΥΣΑ

.....

**ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΓΙΑ ΟΛΟΗΜΕΡΟ**

..... 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:

(σημειώνετε με Χ την επιθυμητή ώρα)

15.00	
16.00	

Συνοδεύονται:

(σημειώνετε με Χ ένα από τα δύο)

ΝΑΙ	ΟΧΙ

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

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

Ο/ Η Αιτ.....- Δηλ.....

.....

# 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 αντίγραφό 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)
- Παραπομπή για ειδικό έλεγχο\*\* (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες)
- > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:
- > Ειδικότητες 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	Φύλο Α <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 διαστατική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάξου, 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);					
<b>Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς</b>						
6	Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;			<b>Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα</b>		
7	Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;			15	Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών;	
8	Έχει ποτέ παραπονεθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;			16	Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;	
9	Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;			17	Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;	
10	Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φερουγίζει") κατά την άσκηση;			18	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;	
<b>Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς</b>				19	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;	
11	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών);			20	Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;	
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);			21	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);	
				22	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφιγκτήρων);	
				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					
Βάρος:	kg	Ύψος:	m	ΔΜΣ:	Σφύξεις:
					/min
				ΑΠ:	mmHg
Ιατρική εξέταση			Φυσιολογικά	Παθολογικά ευρήματα	
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)

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