

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 ΆΛΛΕΣ 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) > Ειδικότητες όπου γίνεται παραπομπή:

Ημίνια 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 ΆΛΛΕΣ 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:

Ημίνια 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 - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

Προς Δ/ση ΠΕ Αργολίδας

Ημερομηνία

Αρ. Πρωτ.

| | | | |
|---|--------|----------------------------|--|
| Όνομα και Επώνυμο πατέρα | | Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας | |
| επάγγελμα | | | |
| Όνομα και Επώνυμο μητέρας | | Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας | |
| επάγγελμα | | | |
| Όνομα και Επώνυμο κηδεμόνα | | Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας | |
| Διεύθυνση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | πατέρα | τηλ.πατέρα | |
| | | τηλ.οπίου | |
| Διεύθυνση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | μητέρα | τηλ.μητέρα | |
| | | τηλ.οπίου | |

| | |
|----------------------|--|
| Όνοματεπώνυμο μαθητή | |
| Ημερομηνία γεννησης | |

2 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

| | | | | | | | |
|---|--|------|--|----------------|---------|--|-----|
| Τόπος | | Οδός | | | Αριθμός | | T.K |
| Αποδεικτικό στοιχείο μόνιμης κατοικίας: | | | | Ε1 υποχρεωτικά | | | |

3 ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Ή ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

| | | | |
|------------------------|--|--------------------------|--|
| Όνοματεπώνυμο παιδιού: | | Σχολείο στο οποίο φοιτά: | |
| Όνοματεπώνυμο παιδιού: | | Σχολείο στο οποίο φοιτά: | |

4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΘΗΤΗ/-ΤΡΙΑΣ

| | | | |
|--|--|-----|--|
| Ναι | | Όχι | |
| Βεβαίωση από Κ.Ε.Σ.Υ. ή κρατικό ιατροπαιδαγωγικό κέντρο ή άλλη | | | |

5 Προβλήματα υγείας

| | | | |
|--|--|-----|--|
| Ναι | | Όχι | |
| Βεβαίωση από κρατική αρμόδια υπηρεσία: | | | |

6 Εμπιστευτικά στοιχεία

| | | | | | | | |
|----------------|--|--------------------|-----|--------|------------------------|-----|-----|
| πατέρας εν ζωή | | γονείς σε διάσταση | | αν ΝΑΙ | εκκρεμότητα κηδεμονίας | ΝΑΙ | ΌΧΙ |
| μητέρα εν ζωή | | ΝΑΙ | ΌΧΙ | αν ΝΑΙ | επιμέλεια | | |

7 Άλλες πληροφορίες που χρειάζεται να γνωρίζει το σχολείο

| |
|--|
| |
| |

Το παιδί μου κατά την αποχώρησή του από το σχολείο παραλαμβάνεται-συνοδεύεται από:

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Όνοματεπώνυμο συνοδού | Τηλέφωνο επικοινωνίας |
| | |

Ο/Η υπογράφοντας/-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.

Τόπος και ημερομηνία

.....

Ο/Η Αιτών /-ούσα

.....

Συνημμένα

- Αποδεικτικό Διεύθυνσης Κατοικίας Ε1
- Ατομικό Δελτίο Υγείας του Μαθητή
- Βεβαίωση νηπιαγωγείου
- Γνωμάτευση ΚΕΣΥ/ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Κ.Α

ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΛΕΜΟΝΑ

..... 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 | <input type="checkbox"/> |
| 16.00 | <input type="checkbox"/> |

(σημειώνετε με X την επιθυμητή ώρα)

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

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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..... ΟΧΙ.....

(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

.....201.....

Ο/ Η Αιτ..... Δηλ.....