ΑΤΟΜΙΚΟΔΕΛΤΙΟΥΓΕΙΑΣΜΑΘΗΤΗ

# (Σεεφαρμογήτουνόμου 4229/2014, άρθρο11,παρ.2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΥπουργείοΠαιδείας και Θρησκευμάτων**  **ΥπουργείοΥγείας** | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ(ΜΕΚΕΦΑΛΑΙΑ):**........................................................... | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΓΕΝΝΗΣΗΣ:**................................................................. | |
| **ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣΜΕΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:**....................................................... | |
| **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. Το ΑΔΥΜ σημειώνονται τα πορίσματα της εξέτασης που αφορούν το Σχολείο.**  **Σε περίπτωσηαλλαγήςτηςκατάστασηςυγείαςτουπαιδιούτοΑΔΥΜεπικαιροποιείταιμεευθύνητωνγονέων/κηδεμόνων.** | | | | | |
| **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣΓΙΑΕΝΗΜΕΡΩΣΗΤΟΥΣΧΟΛΕΙΟΥ** | | | | | |
| *(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** |  |
| **ΓΙΑΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ,ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ\*** | | | | | |
| □ | **Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς** | | □ | **Συμμετοχή με περιορισμούς** | **>Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:** |
|  | *(Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)* | |  | *(Λόγω προβλημάτων υγείας)* |  |
| □ | **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 | | Υπογραφ ή& σφραγίδα ιατρού | | Σφραγίδα Μονάδας Υγείας(γιαιατρούςΕΣΥ/ΠΕΔΥ) |  |
| **ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**\*\* | | | | | |
| **ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ,ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ\*** | | | | | |
| □ | **Συμμετοχ ή χωρίς περιορισμούς** | | □ | **Συμμετοχή με περιορισμούς** | **>Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:** |
|  | *(Από τον ειδικό έλεγχο δεν*  *Προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς)* | |  | *(Λόγω προβλημάτων υγείας)* |  |
| **>Ιατρική ειδικότητα:** | | | | | |
| **>Έλεγχος που έγινε:** | | | | | |
| Ημ/νία εξέτασης | | Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού | | Σφραγίδα Μονάδας Υγείας(γιαιατρούςΕΣΥ/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.**  \*\*Αφοράτονειδικόέλεγχοοοποίος,κατάτηνκρίσητουιατρούπουδιενήργησετηνπροληπτικήεξέταση,είναιαναγκαίοςγιαναγίνειγνωμάτευση  συμμετοχήςστιςσχολικέςδραστηριότητες.Στιςπεριπτώσειςαυτές,δίνεταιπαραπεμπτικόσημείωμαμεπεριγραφήτωναιτίωνπαραπομπής. | | | | | |