

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/-ΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ

Προς το Νηπιαγωγείο Χαβαρίου

Ημερομηνία

Αρ. Πρωτ.

| | | |
|--|--|------------|
| Όνομα και Επώνυμο πατέρα Επάγγελμα πατέρα | | |
| Όνομα και Επώνυμο μητέρας Επάγγελμα μητέρας | | |
| Διεύθυνση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | | Τηλ: |

1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ

| | |
|---------------------|--|
| Όνοματεπώνυμο | |
| Ημερομηνία γέννησης | |

2 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

| | | | | | | | |
|---|--|------|--|---------|--|-----|--|
| Τόπος | | Οδός | | Αριθμός | | Τ.Κ | |
| Το οικοδομικό τετράγωνο στο οποίο διαμένει η οικογένεια περικλείεται από τις οδούς: | | | | | | | |
| α)..... | | | | | | | |
| β)..... | | | | | | | |
| γ)..... | | | | | | | |
| δ)..... | | | | | | | |
| Αποδεικτικό στοιχείο μόνιμης κατοικίας:(π.χ ΔΕΗ) | | | | | | | |

3 ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΕ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ Ή ΣΕ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

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

4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΘΗΤΗ/-ΤΡΙΑΣ

| | | | |
|---|--|-----|--|
| Ναι | | Όχι | |
| Βεβαίωση από Κ.Ε.Δ.Α.ΣΥ. ή κρατικό ιατροπαιδαγωγικό κέντρο ή άλλη κρατική αρμόδια υπηρεσία: | | | |

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

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

| | | |
|--|-----|--|
| Δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του παιδιού μου στο πρόγραμμα του Ολοήμερου Τμήματος | ΝΑΙ | |
|--|-----|--|

| | | |
|--|-----|--|
| Δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του/των παιδιού/ών μου στο τμήμα Πρωινής Υποδοχής: | ΝΑΙ | |
|--|-----|--|

| | |
|------------------|---|
| Συνημμένα | <input type="checkbox"/> Αποδεικτικό διεύθυνσης Κατοικίας |
| | <input type="checkbox"/> Ατομικό Δελτίο Υγείας του Μαθητή |

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.

Τόπος και ημερομηνία

.....

Ο/Η Αιτών /-ούσα

.....

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 ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

- | | | |
|---|---|--|
| <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)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

- | | | |
|---|---|--|
| <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 Πανελληνιους 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.)

| 1 | Ιστορικό παιδιού: γενικές ερωτήσεις | ΝΑΙ | ΟΧΙ | 13 | Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς (συνέχεια) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|----|--|-----|-----|----|---|-----|-----|
| 2 | Έχει ή είχε ποτέ κάποια σοβαρή αρρώστια; | | | 14 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έχει εμφανίσει λιποθυμικό επεισόδιο ή σπασμούς άγνωστης αιτιολογίας; | | |
| 3 | Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο (με διανυκτέρευση); | | | 15 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που είναι γνωστό ότι έχει κάποιο κληρονομικό καρδιαγγειακό νόσημα, όπως υπερτροφική ή διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάξου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada; | | |
| 4 | Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση; | | | 16 | Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών; | | |
| 5 | Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά; | | | 17 | Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση; | | |
| 6 | Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο); | | | 18 | Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα; | | |
| 7 | Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς | | | 19 | Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης; | | |
| 8 | Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση; | | | 20 | Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής; | | |
| 9 | Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία; | | | 21 | Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του; | | |
| 10 | Έχει παραπονεθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση; | | | 22 | Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα); | | |
| 11 | Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας; | | | 23 | Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφικτήρων); | | |
| 12 | Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση; | | | 24 | Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε; | | |
| 13 | Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς | | | | | | |
| 14 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών); | | | | | | |
| 15 | 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 | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|-------|---|-------------|----------|------|-----|---------------------|--|--|--|
| 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)

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | 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 <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