

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ :

Επάγγελμα :

ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ:

ΟΝ. ΜΗΤΕΡΑΣ:

ΟΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ:

Επάγγελμα :

Αρ. Δελτ. Ταυτ.

Διεύθυνση:

Οδός Αριθ.....

Τ.Κ. Δήμος

Τηλέφωνα:

.....

Ημερομηνία:

Συνημμένα δικαιολογητικά :

1. Βιβλιάριο Υγείας
2. Στοιχεία διαμονής
3. Βεβαίωση Φοίτησης» από το
Νηπιαγωγείο
4. Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή

ΠΡΟΣ

Τον κ. Διευθυντή

του 14^ο Δημ.Σχολείου Βέροιας

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την

εγγραφή του παιδιού μου

.....

του

Στην Α' τάξη

στο Δημοτικό Σχολείο σας

για το σχολικό έτος 2017 – 2018.

..... αιτ.....

(υπογραφή)

14ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
ΣΧΟΛΕΙΟΥ:

Αποστόλου Παύλου 1, Βέροια, 59192, | Τηλ./Fax: 331023143 |
E-mail: mail@14dim-veroias.ima.sch.gr
URL: <http://14dim-veroias.ima.sch.gr>

ΔΕΛΤΙΟ ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α' ΤΑΞΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΣΧ. ΕΤΟΣ 2017-2018

Προσοχή: Σε περίπτωση αλλαγής κάποιων από τα ακόλουθα στοιχεία **θα πρέπει να ειδοποιηθεί άμεσα** η σχολική μονάδα

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ:	ΟΝΟΜΑ: _____ ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____ ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/ΝΟΜΟΣ: _____ ΧΩΡΑ: _____ ΣΥΜΦΟΙΤΗΣΗ ΜΕ ΑΔΕΡΦΟ/ΡΦΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΜΑΣ: ☐ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΤΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ: ☐
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ:	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ: _____ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΜΗΤΕΡΑ: _____ ΑΛΛΑ ΧΡΗΣΙΜΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____ ΔΙΑΖΕΥΞΗ/ΔΙΑΣΤΑΣΗ : ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΧΗΡΕΙΑ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
ΑΞΙΟΣΗΜΕΙΩΤΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΘΟΥΝ	

ΥΓΕΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ:	ΕΚΚΡΕΜΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ): _____ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ): _____ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ): _____ _____
ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ:	Αναφέρετε ΟΛΑ τα πρόσωπα (εκτός από εσάς τους ίδιους) τα οποία εξουσιοδοτείτε να παραλάβουν το παιδί σας από το σχολείο σε περίπτωση κάποιας έκτακτης ανάγκης: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ:	ΧΙΛΙΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ: _____ ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΝΤΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ Η ΟΙΚΙΑ ΑΠΕΧΕΙ ΔΙΑΠΙΣΤΩΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1,2ΚΜ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Αν η απόσταση της οικίας σας από το σχολείο είναι αποδεδειγμένα πάνω από 1,2 Km, το παιδί σας δικαιούται δωρεάν μετακίνησης με δαπάνες της πολιτείας. Παρακαλούμε βάλτε Χ στο σωστό κουτάκι: Θα φροντίσουμε εμείς για την ομαλή προσέλευση και αποχώρησή του από το Σχολείο: ☐ Επιθυμούμε τη δωρεάν μετακίνησή του από και προς το σχολείο: ☐ Επιθυμούμε τη δωρεάν μετακίνησή του μόνο από το σπίτι προς το σχολείο: ☐ Επιθυμούμε τη δωρεάν μετακίνησή του μόνο από το σχολείο προς το σπίτι: ☐

Βεβαιώνεται υπεύθυνα η αποδοχή και η ακρίβεια των παραπάνω στοιχείων

Βέροια .../ .../ 2017

Υπογραφή/φές Γονέα-Γονέων

ΠΡΟΣΟΧΗ: Σε περίπτωση αλλαγής κάποιων από τα παραπάνω στοιχεία παρακαλούμε να ενημερώσετε **ΑΜΕΣΑ** τη διεύθυνση του σχολείου

Έντυπο γονικής συγκατάθεσης για ανάρτηση φωτο ή βίντεο στην σχολική ιστοσελίδα

Ασφάλεια στο Διαδίκτυο <http://internet-safety.sch.gr> – Άλλη μία υπηρεσία του ΠΣΔ



Πανελλήνιο Σχολικό Δίκτυο
Το Δίκτυο στην Υπηρεσία της Εκπαίδευσης

Προϋπόθεση:

ότι δεν θίγονται προσωπικά δεδομένα όπως κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο παιδί μου, για παράδειγμα το όνομα, τη διεύθυνση της οικίας μας, το τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό), τα ενδιαφέροντα, επιδόσεις στο σχολείο, κ.ο.κ. σύμφωνα και με την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω, κατά τη διάρκεια εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων του σχολείου, την

ανάρτηση φωτογραφιών ή βίντεο στα οποία βρίσκεται ο υιός/κόρη μου _____

_____ μαθητής/μαθήτρια της

_____ Τάξης του 14^{ου} Δημοτικού Σχολείου Βέροιας στον ιστοχώρο του σχολείου που βρίσκεται στη

διεύθυνση <http://14dim-veroias.ima.sch.gr>

Βέροια,/...../2017

Ο/Η Δηλών/ούσα

ΧΡΗΣΙΜΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Τηλέφωνο Επικοινωνίας με το Σχολείο: 2331023143

E-mail σχολείου: mail@14dim-veroias.ima.sch.gr

Διεύθυνση Ιστοσελίδας για την ενημέρωσή σας: <http://14dim-veroias.ima.sch.gr>

Ονοματεπώνυμο Διευθυντή: Τσουλής Μιλτιάδης

Τηλέφωνο Διευθυντή: 6948882929

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΝΝΙΑΙΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

ΩΡΕΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	
08.00–08.10	10'	Υποδοχή μαθητών
08.10–09:40	90'	1η διδακτική περίοδος
09:40–10:00	20'	Διάλειμμα
10:00–11:30	90'	2η διδακτική περίοδος
11:30–11:45	15'	Διάλειμμα
11:45–12:25	40'	5η διδακτική ώρα
12:25– 12:35	10'	Διάλειμμα
12.35–13:15	40'	6η διδακτική ώρα (Λήξη υποχρεωτικού προγράμματος)
13:15–13:20	5'	Μετάβαση μαθητών Ολοήμερου στην αίθουσα σίτισης
13:20–14:00	40'	1η ώρα Ολοήμερου ΠρογράμματοςΣίτιση
14:00–14:15	15'	Διάλειμμα
14:15–15:00	45'	2η ώρα Ολοήμερου Προγράμματος Μελέτη–Προετοιμασία
15:00–15.15	15'	Διάλειμμα
15.15– 16:00	45'	3η ώρα Ολοήμερου Προγράμματος Επιλογή διδακτικού αντικειμένου (ΤΠΕ, Αθλητισμός, Αγγλικά. Εικαστικά, Μουσική, Θεατρική Ανωνή, Πολιτιστικοί Όμιλοι Δραστηριοτήτων)

Επισκεφτείτε την ιστοσελίδα του σχολείου μας κι από το **μενού** επιλέξτε **Θέματα λειτουργίας**, και κατόπιν **επικοινωνία με γονείς** προκειμένου να ενημερωθείτε τις μέρες και τις ώρες που δέχεται ο κάθε εκπαιδευτικός του γονείς για ενημέρωση.

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: 14ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ. ΤΑΞΗ: Α'

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*

☐ 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)

> Ειδικότητα/ες 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	A ☐ Θ ☐	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 διατακτική 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);						
Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς				Ιστορικό παιδιού: άλλα θέματα			
6	Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;			15	Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών;		
7	Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;			16	Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;		
8	Έχει ποτέ παραπονεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;			17	Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;		
9	Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;			18	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;		
10	Έχει παραπονεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση;			19	Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;		
Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς				20	Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;		
11	Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών);			21	Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);		
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);			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), ημιαίες		
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: ☐ Χωρίς περιορισμούς ☐ Με περιορισμούς ☐ Παραπομπή → Ειδικότητα/ες:
Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης:	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	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