|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΔΗΜΟΣ ΤΡΙΚΚΑΙΩΝ  **Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ**(όπως αναγράφεται σε δημόσιο έγγραφο)  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………………  ΟΝΟΜΑ:……………………………………………………  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ……………………..  ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 01-09-2018 ΕΤΗ…....ΜΗΝΕΣ……..   |  | | --- | | ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ: ………………………………………….  ΤΗΛ.: ……………………………………………………… |   **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ**   |  | | --- | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: | | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | | Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.): | | ΔΗΜΟΤΗΣ: | | ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ: | | ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | E-MAIL: | | ΑΜΚΑ: | | Α.Φ.Μ.: | | Δ.Ο.Υ.: |   **ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ**  **Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ** 1…………………………………………………………………  2…………………………………………………………………  3…………………………………………………………………  Εγγράφεται με την αρίθμ… ……………………….. απόφαση του Δ.Σ. του Δήμου Τρικκαίων | **Αρ. Πρωτοκόλλου:**  **Ημερομηνία:**   |  | | --- | |  |   ΝΕΑ ΕΓΓΡΑΦΗ   |  | | --- | |  |   ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗ  Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή του παιδιού μου για το σχολικό έτος 2018 – 2019 σε έναν από τους πιο κάτω Βρεφονηπιακούς/ Παιδικούς Σταθμούς της επιλογής μου:  1)………………………………………………………………………………  2)…………………………………………………………………………………  3)……………………………………………………..…………………………  Αδελφάκια που ήδη φιλοξενούνται (εγγεγραμμένα):   |  |  | | --- | --- | | Ονοματεπώνυμο | Βρεφικός/ Παιδικός Σταθμός | |  |  | |  |  |   **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**     |  | | --- | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: | | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | | Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.): | | ΔΗΜΟΤΗΣ: | | ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ: | | ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | ΑΜΚΑ: | | Α.Φ.Μ.: | | E-MAIL: | | Δ.Ο.Υ.: |     **ΣΥΝ.ΑΡΙΘΜ. ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:** …………………   |  |  | | --- | --- | | ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ |  | | ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ |  | | ΟΝΟΜΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ |  | | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |  |   Οι γκρίζες περιοχές συμπληρώνονται από την Υπηρεσία |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ** | | Τίθεται Χ  σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα |
| **ΒΑΣΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ KAI ΤΩΝ ΔΥΟ ΓΟΝΕΩΝ** | | |
| 1 | Αίτηση εγγραφής (το έντυπο χορηγείται από την υπηρεσία για Παιδικούς-Βρεφονηπιακούς Σταθμούς |  |
| 2 | Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, και όπου αυτό δεν είναι εφικτό, ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού, η/και συμφώνου συμβίωσης.  (αυτεπάγγελτη αναζήτηση)  9 |  |
| 3 | Ιατρική βεβαίωση υγείας του παιδιού (το έντυπο χορηγείται από την υπηρεσία) . |  |
| 4 | α. Αντίγραφο πράξης διοικητικού προσδιορισμού φόρου (εκκαθαριστικού σημειώματος) φορολογικού έτους (2017).  β. Στην περίπτωση **ΣΥΜΦΩΝΟΥ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ** απαιτείται το εκκαθαριστικό φορολογικού έτους (2017) και των δύο γονέων |  |
| 5 | **ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ:** | |
| Απαιτείται πρόσφατη βεβαίωση εργασίας από τον εργοδότη καθώς και σχετική βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα ή αντίγραφο της αναγγελίας πρόσληψης μαζί με το έντυπο Ε4 (ετήσιος πίνακας προσωπικού) ή αντίγραφο σύμβασης με τον εργοδότη μαζί με το έντυπο Ε4 (ετήσιος πίνακας προσωπικού) |  |
| β. στο Δημόσιο, Τοπική Αυτοδιοίκηση ή ΝΠΔΔ αυτών, απαιτείται πρόσφατη βεβαίωση εργασίας του φορέα. |  |
| 6 | **ΓΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ:** | |
| α. Όσοι είναι αυτοαπασχολούμενοι εκτός πρωτογενή τομέα, απαιτείται:  -Αντίγραφο της Δήλωσης Ενάρξεως Επιτηδεύματος στην Δ.Ο.Υ. ή βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα ότι έχουν καταβληθεί ή ρυθμιστεί εισφορές  -Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 περί μη διακοπής της άσκησης του επιτηδεύματος. |  |
| β. Όσοι είναι αυτοαπασχολούμενοι στον πρωτογενή τομέα, απαιτείται βεβαίωση ασφαλίσεως από τον Ο.Γ.Α., ή βεβαίωση από τον Ο.Γ.Α ότι έχουν καταβληθεί ή ρυθμιστεί οι ασφαλιστικές εισφορές. |  |
| 7 | **ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ή ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ, απαιτείται από τους γονείς:** | |
| α) αντίγραφο Ιδιωτικού Συμφωνητικού Συνεργασίας ή αντίγραφο εγκριτικής απόφασης υπαγωγής καθώς και |  |
| β) υπεύθυνη δήλωση εργοδότη για τη συνέχιση παρακολούθησης του προγράμματος. |  |
| γ) εάν συμμετέχουν σε πρόγραμμα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, απαιτείται βεβαίωση από πιστοποιημένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) για τη συνέχιση παρακολούθησης του προγράμματος. |  |
| 8 | **ΓΙΑ ΑΝΕΡΓΟΥΣ** | |
| α. Όσοι είναι άνεργοι, απαιτείται αντίγραφο κάρτας ανεργίας σε ισχύ που να έχει όμως εκδοθεί πριν την ημερομηνία έναρξης υποβολής αιτήσεων εγγραφών, με εξαίρεση την περίπτωση του πρόσφατα απολυθέντος εργαζόμενου όπου προσκομίζεται αντίγραφο της καταγγελίας της σύμβασης εργασίας. |  |
|  |
| β. Όσοι είναι επιδοτούμενοι άνεργοι, απαιτείται αντίγραφο εγκριτικής απόφασης επιδότησης του ΟΑΕΔ ότι λαμβάνουν ή έχουν λάβει τακτικό επίδομα ανεργίας από τον Ο.Α.Ε.Δ κατά τους τελευταίους 24 μήνες και παραμένουν άνεργοι |  |
| 9 | Για την εγγραφή παιδιού αλλοδαπών γονέων στο σταθμό εκτός των προαναφερόμενων δικαιολογητικών απαραίτητη προϋπόθεση είναι και **η άδεια** **νόμιμης παραμονής στη χώρα μας** και αντίγραφο διαβατηρίου σε ισχύ με τημετάφραση αν δεν είναι σε λατινικήμορφή όπως αυτή αποδεικνύεται από τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις. |  |
| 10 | Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986 με την οποία ο γονέας θα δηλώνει τη συγκατάθεσή του για την περαιτέρω επεξεργασία [από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Δήμου] των προσωπικών δεδομένων τους, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, που τηρούνται για την υλοποίησης της εγγραφής- επανεγγραφής και διαγράφης των παιδιών και για το σκοπό εξαγωγής στατιστικών δεδομένων στο πλαίσιο της διενέργειας ερευνών και της εκπόνησης μελετών για τις ανάγκες του Δήμου. Επίσης δίνω τη συγκατάθεση μου για την αποστολή μηνυμάτων μέσω κινητής συσκευασίας (SMS) και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email). Σε κάθε περίπτωση διατηρούν τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11, 12 και 13 του Ν.2472/97. β)Ότι αποδέχεται τον πρότυπο κανονισμό Λειτουργίας Δημοτικών Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών (ΦΕΚ 4249/τ.Β΄ 5-12-2017)  γ) για την ακρίβεια των στοιχείων που αναγράφονται στην αίτηση |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΛΟΙΠΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ:** | | |
| 11 | Για την **πολύτεκνη οικογένεια,** απαιτείταιβεβαίωση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Πολυτέκνων. |  |
| 12 | Για την **τρίτεκνη οικογένεια,** απαιτείταιπιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. |  |
| 13 | α. Για την περίπτωση **παιδί ορφανό από έναν γονέα,** απαιτείται ληξιαρχική πράξη θανάτου του αποβιώσαντος γονέα (ή ληξιαρχική πράξη θανάτου του συζύγου) |  |
| β. Για την περίπτωση **παιδί ορφανό από δύο γονείς,** απαιτείται ληξιαρχική πράξη θανάτου των αποβιωσάντων γονέων και αντίγραφο δικαστικής απόφασης ή οποιοδήποτε αποδεικτικό έγγραφο της επιμέλειας /επιτροπείας ανήλικου τέκνου |  |
| 14 | Για την περίπτωση **άγαμοι γονείς,** απαιτείται πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης της μητέρας. |  |
| 15 | Για την περίπτωση **διαζευγμένοι γονείς,** απαιτείται αντίγραφο διαζευκτηρίου καθώς και αντίγραφο δικαστικής απόφασης επιμέλειας ή οποιοδήποτε αποδεικτικό έγγραφο της επιμέλειας ανήλικου τέκνου. |  |
| 16 | Για την περίπτωση **γονείς σε διάσταση,** απαιτείταιαίτηση διαζυγίου ή οποιοδήποτε αποδεικτικό έγγραφο της διάστασης καθώς και αντίγραφο δικαστικής απόφασης επιμέλειας ή οποιοδήποτε αποδεικτικό έγγραφο της επιμέλειας ανήλικου τέκνου. |  |
| 17 | Για την περίπτωση **γονείς φοιτητές ή σπουδαστές,** απαιτείται βεβαίωση από τη γραμματεία της σχολής τελευταίου εξαμήνου σπουδών. |  |
| 18 | Για την περίπτωση **παιδιά στρατευμένων γονέων,** απαιτείται βεβαίωση από το Στρατό. |  |
| 19 | Παιδιά που πάσχουν από σωματικές, πνευματικές, ψυχικές παθήσεις ή αναπηρίες, απαιτείται βεβαίωση ιατρού κατάλληλης ειδικότητας, ότι η εγγραφή μπορεί να είναι ωφέλιμη για το παιδί και ότι έχει τη δυνατότητα ένταξης σε πλαίσιο λειτουργίας παιδικού σταθμού. |  |
| 20 | **Άτομο με ειδικές ανάγκες στην οικογένεια 67% αναπηρία και άνω,** απαιτείται βεβαίωση πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής. |  |
| 21 | **Άλλο (Προσδιορίστε):** |  |

ΤΡΙΚΑΛΑ, …..../……../201..

Ο/Η ΑΙΤ………

Ονοματεπώνυμο-υπογραφή

**ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**ΑΠΟ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟ / ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ**

Ο/Η ……………………………………. (όνομα γονέα) του/των (όνομα παιδιού-παιδιών) …………………………………………., δηλώνω ότι θα παραλαμβάνω το παιδί μου από τον Βρεφονηπιακό /Παιδικό Σταθμό (όνομα Σταθμού) …………………………….

Σε περίπτωση απουσίας μου θα παραλαμβάνει το παιδί μου από τον Βρεφονηπιακό /Παιδικό Σταθμό ο/η………………………………………………. του ……………... κάτοχος Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (ΔΑΤ) ή Στρατ.Δελτίο Ταυτότητας (ΣΔΤ) ή Αριθμ. Διαβατηρίου (Α.Δ.) με αριθμό…………………………… ή ο/η ………………………………………………….. του…………………………… κάτοχος Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (ΔΑΤ) ή Στρατ.Δελτίο Ταυτότητας (ΣΔΤ) ή Αριθμ. Διαβατηρίου (Α.Δ.) με αριθμό………………………

Υποχρεούμαι σε περίπτωση αλλαγής των προσώπων που εξουσιοδοτώ να παραλαμβάνουν το παιδί μου, να ενημερώσω τον Βρεφονηπιακό /Παιδικό Σταθμό.

Επίσης δηλώνω ότι το παιδί μου θα προσέρχεται στον Βρεφονηπιακό /Παιδικό Σταθμό το πρωί το νωρίτερο στις 7:00 π.μ. και θα αποχωρεί το μεσημέρι το αργότερο έως τις 16:00 μ.μ. \*

Ο/Η δηλών/ούσα

…………………………

\*Επισημάνεται εξαρχής εάν υπάρχει ανάγκη για διαφορετική ώρα αποχώρησης και τους λόγους αυτής.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | ΔΗΜΟ ΤΡΙΚΚΑΙΩΝ/ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ/  TMHMA ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| α)Δίδω τη συγκατάθεσή μου για την περαιτέρω επεξεργασία [από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Δήμου] των προσωπικών δεδομένων μου, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, που τηρούνται για την υλοποίησης της εγγραφής- επανεγγραφής και διαγραφής του παιδιού μου και για το σκοπό εξαγωγής στατιστικών δεδομένων στο πλαίσιο της διενέργειας ερευνών και της εκπόνησης μελετών για τις ανάγκες του Δήμου. Επίσης δίνω τη συγκατάθεση μου για την αποστολή μηνυμάτων μέσω κινητής συσκευασίας (SMS) και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email). Σε κάθε περίπτωση διατηρώ τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11, 12 και 13 του Ν.2472/97.  β)Αποδέχομαι τους όρους λειτουργίας του Παιδικού ή Βρεφονηπιακού Σταθμού όπως αυτοί διατυπώνονται στο ειδικό πληροφοριακό Δελτίο που παρέλαβα μαζί με την αίτηση. |
| γ)Τα προσκομιζόμενα απλά αντίγραφα είναι ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων και βρίσκονται στη διάθεση της Υπηρεσίας όποτε ζητηθούν.» |
|  |

Ημερομηνία: ……….20……

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

**(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)**

Ονοματεπώνυμο:…………………………………………………………………....................................................

Ημερομηνία γέννησης:…………………………………………………………………………………………………..

Βάρος σώματος:………………………………………………………………………………………………………….

Χρόνιο νόσημα:…………………………………………………………………………………………………………..

Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές, κλπ.):…………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………….………….………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ανάπτυξη:…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………….………………………………………………….

Εξέταση κατά συστήματα:

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………….…………………………………………………………………….

Έλλειψη G6PD

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**ΝΑΙ ΟΧΙ**

Επεισόδιο σπασμών:

**ΝΑΙ ΟΧΙ**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Εάν ναι, αιτία:…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει

…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..

Άλλες παρατηρήσεις:

……………………………………………………………………………………………………………….………….…………………………………………………………………………………………………………………………..

Ο/Η ………………………………………………………………………………………………………………..είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε βρεφικό-παιδικό σταθμό / παιδικό κέντρο και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία …………/…………/**2018**

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο με ένα **√** τα εμβόλια που έχουν γίνει, στη δε τελευταία δόση, να αναγράφεται η ημερομηνία που αυτή έγινε.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΜΒΟΛΙΑ** | **1Η ΔΟΣΗ** | **2Η ΔΟΣΗ** | **3Η ΔΟΣΗ** | **4Η ΔΟΣΗ** | **5Η ΔΟΣΗ** |
| Διφθερίτιδας  Τετάνου  Κοκκύτη  (DTP ή DTaP) |  |  |  |  |  |
| Πολιομυελίτιδας  (Polio) |  |  |  |  |  |
| Αιμόφιλου της ινφλουέντζας  (Ηib) |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Β  (HepB) |  |  |  |  |  |
| Ιλαράς  Ερυθράς  Παρωτίτιδας  (MMR) |  |  |  |  |  |
| Φυματική Δοκιμασία  (Mantoux) |  |  |  |  |  |
| Φυματίωσης  (BCG) |  |  |  |  |  |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Πνευμονιόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Ανεμοβλογιάς |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Α |  |  |  |  |  |
| Λοιποί εμβολιασμοί |  |  |  |  |  |

Ημερομηνία …………/…………/**2018**

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)