|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΔΗΜΟΣ ΤΡΙΚΚΑΙΩΝ  **Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**  ΤΜΗΜΑ: **ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ**(όπως αναγράφεται σε δημόσιο έγγραφο)  ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………………  ΟΝΟΜΑ:……………………………………………………  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ………………………..  ΦΥΛΛΟ: Άρρεν 🞏 Θήλυ 🞏   |  | | --- | | ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ: ………………………………………….  ΤΗΛ.: ……………………………………………………… |   **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ**   |  | | --- | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: | | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | | Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.): | | ΔΗΜΟΤΗΣ: | | ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ/ΚΙΝΗΤΟ: | | ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | E-MAIL: | | 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:**    **ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΡΑΣΗ «ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΖΩΗΣ»**  Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή του παιδιού μου για το σχολικό έτος 2018 – 2019 στον Βρεφικό/ Βρεφονηπιακό/ Παιδικό που επιλέχθηκε από την ΕΕΤΑΑ, ήτοι: ……………………………………………  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**   |  | | --- | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: | | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | | Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.): | | ΔΗΜΟΤΗΣ: | | ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ/ΚΙΝΗΤΟ: | | ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: | | Α.Φ.Μ.: | | ΑΜΚΑ: | | E-MAIL: | | Δ.Ο.Υ.: |          |  |  | | --- | --- | |  |  | | Μόρια από Ε.Ε.Τ.Α.Α.: |  | | ΟΝΟΜΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ |  | | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |  |   Οι γκρίζες περιοχές συμπληρώνονται από την Υπηρεσία |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ** | | Τίθεται  **Χ** σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα |
| **ΒΑΣΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ** | | |
| 1 | **Αντίγραφο της Αξίας τοποθέτησης (Voucher)** |  |
| 2 | **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης** του Παιδιού. (αυτεπάγγελτη αναζήτηση) |  |
| 3 | **Ιατρική βεβαίωση υγείας** του παιδιού (το έντυπο χορηγείται από την υπηρεσία) |  |
| 4 | **Υπεύθυνη Δήλωση** ότι τα προσκομιζόμενα φωτοαντίγραφα είναι ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων. |  |
| 5 | **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) |  |
| 6 | 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. |  |

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)