|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/KINHTO: |
| ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: |
| E-MAIL: |
| Α.Φ.Μ.: |
| Δ.Ο.Υ.: |

 **ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ**   **Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ** 1…………………………………………………………………2………………………………………………………………… 3…………………………………………………………………Εγγράφεται με την υπ’ αριθμ.πρωτ. ………………………. απόφαση του Δημάρχου 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 στο Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης (ΚΔΑΠ) που επιλέχθηκε από την ΕΕΤΑΑ, ήτοι:………………………………………………………………………………………..**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**

|  |
| --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |
| ΟΝΟΜΑ: |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.): |
| ΔΗΜΟΤΗΣ: |
| ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ/KINHTO: |
| ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ: |
| Α.Φ.Μ.: |
| ΑΜΚΑ: |
| E-MAIL: |
| Δ.Ο.Υ.: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Σημειώνεται εφόσον προκύπτει διαθεσιμότητα θέσης για τις συγκεκριμένες δραστηριότητες** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Παρακολούθηση αθλητικών δραστηριοτήτων: |  |  |
| Παρακολούθηση εξειδικευμένου τμήματος Η/Υ: |  |  |
| Παρακολούθηση πρόγραμμα εκπαιδευτικής ρομποτικής |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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 από την οποία να προκύπτει η ηλικία του παιδιού.(αυτεπάγγελτη αναζήτηση) |  |
| 3 | **Ιατρική βεβαίωση υγείας** του παιδιού (το έντυπο χορηγείται από την υπηρεσία)  |  |
| 4 | **Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986** με την οποία ο γονέας θα δηλώνει α) 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, θα δηλώνει τη συγκατάθεσή του 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 και13 του Ν.2472/97, β) Ότι αποδέχεται τον ισχύοντα Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας των ΚΔΑΠ γ) για την ακρίβεια των στοιχείων που αναγράφονται στην αίτηση. |  |
|  |

|  |
| --- |
| **ΛΟΙΠΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ:** |
| **5** | **Μόνο** για παρακολούθηση αθλητικών δραστηριοτήτων (για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες): |  |
| 5α | ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ (το έντυπο χορηγείται από την υπηρεσία) |  |
| 5β | Δύο (2) Υπεύθυνες δηλώσεις του Ν.1599/1986 των γονέων (μία για κάθε γονέα) όπου θα αναφέρεται ότι θα επιτρέπεται στο παιδί τους να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες (κολύμπι, καλαθοσφαίριση, ποδόσφαιρο, κτλ) των ΚΔΑΠ |  |
| 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 ΚΔΑΠ |  |
| 7 | **Άλλο (Προσδιορίστε):** |  |

ΤΡΙΚΑΛΑ, …..../……../201

Ο/Η ΑΙΤ………….

Ονοματεπώνυμο-υπογραφή

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 ΚΔΑΠ και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του κέντρου (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία …………/…………/**2018**

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

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** |
| ΔιφθερίτιδαςΤετάνουΚοκκύτη(DTP ή DTaP) |  |  |  |  |  |
| Πολιομυελίτιδας(Polio) |  |  |  |  |  |
| Αιμόφιλου της ινφλουέντζας(Ηib) |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Β(HepB) |  |  |  |  |  |
| ΙλαράςΕρυθράςΠαρωτίτιδας(MMR) |  |  |  |  |  |
| Φυματική Δοκιμασία(Mantoux) |  |  |  |  |  |
| Φυματίωσης(BCG) |  |  |  |  |  |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Πνευμονιόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Ανεμοβλογιάς |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Α |  |  |  |  |  |
| Λοιποί εμβολιασμοί |  |  |  |  |  |

Ημερομηνία …………/…………/**2018**

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

 (υπογραφή – σφραγίδα)

**Μόνο για συμμετοχή στις αθλητικές δραστηριότητες**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ**

**(για άτομα έως 12 ετών)**

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η ………….

…………………………, δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

......./......../...............

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή & σφραγίδα)



**Υποβάλλεται μία για κάθε γονέα**

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): |  |
| 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. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συμμετοχής στα προγράμματα του ΚΔΑΠ και στους αθλητικούς χώρους. |
| β. 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-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.   |

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.

**-Μόνο για συμμετοχή στις αθλητικές δραστηριότητες**

**-Υποβάλλεται μία για κάθε γονέα**



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): |  |
| 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. δέχομαι να συμμετάσχει το παιδί μου/ τα παιδιά μου στις αθλητικές δραστηριότητες …………………………… και ……………………………… του ΚΔΑΠ για την περίοδο 20.... – 20....,  |
| β. η ιατρική βεβαίωση (όπισθεν) είναι αληθής και  |
| γ. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συμμετοχής στα προγράμματα του ΚΔΑΠ και στους αθλητικούς χώρους.  |
|  (4) |

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.