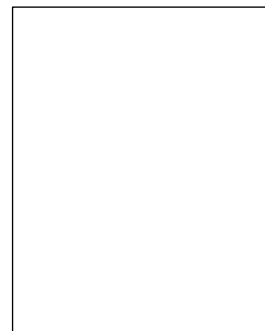


ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Σχολική Χρονιά: _____

Αρ. Αίτησης: _____



Ημερομηνία Παραλαβής: ____ / ____ / ____

ΜΕΡΟΣ Α: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ονοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία Γέννησης: ____ / ____ / ____

Αριθμός Πιστοποιητικού Γέννησης: _____

Αρ. Ταυτότητας (εφόσον υπάρχει): _____

Φύλο ☐ Αγόρι ☐ Κορίτσι

Υπηκοότητα: _____ Μητρική Γλώσσα: _____

Ημερομηνία επιθυμητής έναρξης φοίτησης: ____ / ____ / ____

ΜΕΡΟΣ Β : ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ / ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ

Στοιχείο	Πατέρας / Κηδεμόνας	Μητέρα / Κηδεμόνας
Ονοματεπώνυμο		
Αρ. Ταυτότητας		
Ημερομηνία Γέννησης		
Υπηκοότητα		
Διεύθυνση Κατοικίας (εάν διαφέρει)		
Κινητό Τηλέφωνο		
Σταθερό Τηλέφωνο		

Στοιχείο	Πατέρας / Κηδεμόνας	Μητέρα / Κηδεμόνας
Ηλεκτρονική Διεύθυνση (Email)		
Επάγγελμα		
Εργοδότης		
Διεύθυνση Εργοδότη		
Τηλέφωνο Εργασίας		
Ώρες Εργασίας		

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΔΙΑΜΕΝΕΙ ΜΕ:
☐ Έγγαμοι	☐ Και τους δύο γονείς
☐ Συμβίωση	☐ Μητέρα
☐ Διαζευγμένοι	☐ Πατέρα
☐ Σε διάσταση	☐ Κηδεμόνα
☐ Χήρος / Χήρα	☐ Άλλο: _____
☐ Μονογονεϊκή οικογένεια	

ΜΕΡΟΣ Γ : ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ

Κοινότητα μόνιμης κατοικίας

☐ Χλώρακα ☐ Λέμπα ☐ Έμπα

Ημερομηνία έναρξης μόνιμης κατοικίας ____ / ____ / ____

Διεύθυνση κατοικίας

Επισυνάπτονται τα σχετικά αποδεικτικά στοιχεία μόνιμης κατοικίας ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ Δ : ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Παρακαλώ σημειώστε όπου ισχύει και επισυνάψτε τα αντίστοιχα δικαιολογητικά.

☐ Μόνιμη κατοικία στη Χλώρακα για τουλάχιστον πέντε (5) συνεχή έτη.

☐ Μόνιμη κατοικία στην Έμπα ή στη Λέμπα για τουλάχιστον πέντε (5) συνεχή έτη.

- ☐ Και οι δύο γονείς εργάζονται.
- ☐ Εργαζόμενος μόνος γονέας.
- ☐ Αδελφός ή αδελφή φοιτά ήδη στον Βρεφοπαιδοκομικό Σταθμό.
- ☐ Μονογονεϊκή οικογένεια.
- ☐ Πολύτεκνη οικογένεια.
- ☐ Λήπτης Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος (ΕΕΕ) ή άλλης εγκεκριμένης κοινωνικής παροχής.
- ☐ Παραπομπή από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας ή άλλη αρμόδια κρατική υπηρεσία.

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- ☐ Πιστοποιητικό γέννησης παιδιού.
- ☐ Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή διαβατηρίου γονέων/κηδεμόνων ή Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού(ARC),όπου εφαρμόζεται.
- ☐ Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας ή άλλα αποδεικτικά στοιχεία.
- ☐ Πρόσφατος λογαριασμός ΑΗΚ και Υδατοπρομήθειας (για τους τελευταίους 3 μήνες)
- ☐ Βεβαίωση Εγγραφής στον Εκλογικό Κατάλογο της Κοινότητας Χλώρακας ή αντίγραφο Εκλογικού Βιβλιαριού
- ☐ Βεβαίωση εργοδότη ή άλλα αποδεικτικά απασχόλησης.
- ☐ Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- ☐ Βεβαίωση μονογονεϊκής οικογένειας (όπου εφαρμόζεται).
- ☐ Βεβαίωση πολύτεκνης οικογένειας (όπου εφαρμόζεται).
- ☐ Βεβαίωση λήψης ΕΕΕ ή άλλης κοινωνικής παροχής (όπου εφαρμόζεται).
- ☐ Παραπομπή από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας (όπου εφαρμόζεται).
- ☐ Ιατρική βεβαίωση.
- ☐ Αντίγραφο βιβλιαρίου εμβολιασμών.
- ☐ Άλλα: _____

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Η αίτηση θα εξετάζεται μόνο εφόσον είναι πλήρως συμπληρωμένη και συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Ελλιπείς αιτήσεις ή αιτήσεις χωρίς τα απαραίτητα δικαιολογητικά δεν θα εξετάζονται και δεν θα λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία επιλογής. Η υποβολή της αίτησης **δεν συνεπάγεται αυτόματα την αποδοχή ή την εγγραφή του παιδιού στον Βρεφοπαιδοκομικό Σταθμό.**

ΜΕΡΟΣ Ε: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

1. ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Στοιχείο	Πληροφορίες
Ονοματεπώνυμο Παιδιάτρου	
Τηλέφωνο	
Ιατρείο / Κλινική	

2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Παρακαλώ σημειώστε (✓) όπου ισχύει.

Κατάσταση	N/O	Κατάσταση	N/O	Κατάσταση	N/O
Άσθμα	☐ ☐	Επιληψία	☐ ☐	Σακχαρώδης Διαβήτης	☐ ☐
Καρδιολογικό πρόβλημα	☐ ☐	Αυτισμός (ΔΑΦ)	☐ ☐	ΔΕΠΥ	☐ ☐
Προβλήματα ακοής	☐ ☐	Προβλήματα όρασης	☐ ☐	Κινητική δυσκολία	☐ ☐
Αναπτυξιακή δυσκολία	☐ ☐	Άλλο πρόβλημα υγείας	☐ ☐		

Εάν απαντήσατε ΝΑΙ σε οποιοδήποτε από τα πιο πάνω, παρακαλώ διευκρινίστε:

3. ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

Αλλεργία N/O Αλλεργία N/O

Τροφές ☐ ☐ Φάρμακα ☐ ☐

Έντομα ☐ ☐ Άλλο ☐ ☐

Σε τι ακριβώς έχει αλλεργία;

.....

.....

.....

.....

4. ΣΟΒΑΡΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ

Έχει το παιδί σοβαρή αλλεργία που μπορεί να χρειαστεί άμεση ιατρική βοήθεια;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ: Έχει μαζί του φάρμακο για ώρα ανάγκης (π.χ. EpiPen); ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Οδηγίες που πρέπει να γνωρίζει το προσωπικό:

5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Λαμβάνει το παιδί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, αναφέρετε:

Φάρμακο	Δοσολογία

6. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

☐ Το παιδί έχει ολοκληρώσει τους προβλεπόμενους εμβολιασμούς.

☐ Εκκρεμούν εμβολιασμοί.

Επισυνάπτεται αντίγραφο του βιβλιαρίου εμβολιασμών: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

7. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Χρειάζεται το παιδί ειδική διατροφή; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Υπάρχουν τροφές που δεν πρέπει να καταναλώνει; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, αναφέρετε:

8. ΆΛΛΕΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(π.χ. δυσκολίες ύπνου, φοβίες, ιδιαίτερες συνήθειες, θεραπευτικά προγράμματα ή οτιδήποτε άλλο πρέπει να γνωρίζει το προσωπικό)

ΜΕΡΟΣ ΣΤ : ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΠΑΙΔΙΟΥ

Εξουσιοδοτημένα πρόσωπα για παραλαβή του παιδιού

Όνοματεπώνυμο

Συγγένεια

Τηλέφωνο

ΜΕΡΟΣ Ζ: ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Παρακαλώ σημειώστε (✓) όπου συμφωνείτε.

- ☐ Δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που αναγράφονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή και ακριβή.
- ☐ Δηλώνω ότι έχω ενημερώσει πλήρως τον Σταθμό για την κατάσταση της υγείας του παιδιού, τυχόν αλλεργίες, ασθένειες ή φαρμακευτική αγωγή.
- ☐ Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω άμεσα τον Σταθμό για οποιαδήποτε αλλαγή στα πιο πάνω στοιχεία.
- ☐ Έλαβα γνώση και αποδέχομαι τους Κανονισμούς Λειτουργίας του Βρεφοπαιδοκομικού Σταθμού.
- ☐ Συγκατατίθεμαι στην παροχή Πρώτων Βοηθειών στο παιδί μου σε περίπτωση ανάγκης.
- ☐ Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, εξουσιοδοτώ τον Σταθμό να καλέσει ασθενοφόρο ή να μεταφέρει το παιδί στην πλησιέστερη ιατρική μονάδα, εφόσον δεν είναι δυνατή η άμεση επικοινωνία μαζί μου.
- ☐ Συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία προσωπικών δεδομένων (GDPR), αποκλειστικά για σκοπούς λειτουργίας του Σταθμού.
- ☐ Συγκατατίθεμαι στη λήψη και χρήση φωτογραφιών ή/και βίντεο του παιδιού μου για εκπαιδευτικούς σκοπούς ή για προβολή των δραστηριοτήτων του Σταθμού.
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- ☐ Συγκατατίθεμαι στη συμμετοχή του παιδιού μου σε δραστηριότητες που διοργανώνει ο Σταθμός.
- ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση είναι ακριβείς και πλήρεις. Κατανοώ ότι η απόκρυψη ή η υποβολή ανακριβών στοιχείων ενδέχεται να επηρεάσει την εξέταση της αίτησης ή τη συνέχιση της φοίτησης του παιδιού.

Υπογραφές

Όνοματεπώνυμο Γονέα / Κηδεμόνα:	
Υπογραφή:	
Ημερομηνία:	___ / ___ / ____

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΠΑΙΔΟΚΟΜΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ

Στοιχείο	Συμπλήρωση
Ημερομηνία Παραλαβής Αίτησης	___ / ___ / ____
Έλεγχος Δικαιολογητικών	☐ Πλήρης ☐ Ελλιπής
Μόρια	_____
Απόφαση	☐ Εγκρίνεται ☐ Απορρίπτεται ☐ Λίστα Αναμονής
Αιτιολόγηση της πιο πάνω απόφασης	
Ημερομηνία Απόφασης	___ / ___ / ____
Υπογραφή Υπεύθυνου	_____ Ημ.