**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

**(ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ)**

|  |
| --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:……………………………………………………………….**  **………………………………………………………………………………………..**  **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:………………………………………………………** |

1. **Ψυχοκινητική ανάπτυξη**…………………………………………………..
2. **Ομιλία**……………………………………………………………………..
3. **Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώστε με χ το ανάλογο τετράγωνο**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ασθένεια** | **Σημειώστε Χ** | **Παρατηρήσεις** | **Ασθένεια** | **Σημειώστε Χ** | **Παρατηρήσεις** |
| **Ιλαρά** |  |  | **Αλλεργία και που** |  |  |
| **Ερυθρά** |  |  | **Σπαστική βρογχίτιδα** |  |  |
| **Παρωτίτιδα** |  |  | **Επιληψία** |  |  |
| **Ανεμοβλογιά** |  |  | **Πυρετικοί Σπασμοί** |  |  |
| **Οστρακιά** |  |  | **Έλειψη G6PD** |  |  |

**4)Άλλα νοσήματα:……………………………………………………………………………..**

**5)Χειρουργικές Επεμβάσεις ……………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επέμβαση | Ημερομηνία | Σημερινή Κατάσταση |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6) Παίρνει φάρμακα για χρόνιο Νόσημα………………………………………………**

**7)Εμβόλια ( συμπληρώστε ημερομηνίες)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Εμβόλιο | Εμπορικό όνομα | | Ημερομηνία Δόσεων | | | | | |
| 1η | | 2η | 3η | 4η |
| Di |  | |  | |  |  |  |
| Te |  | |  | |  |  |  |
| Per |  | |  | |  |  |  |
| Sabin ή Ipv |  | |  | |  |  |  |
| Hib |  | |  | |  |  |  |
| Ηπατήτιδα |  | |  | |  |  |  |
| Mantoux |  | |  | |  |  |  |
| BCG |  | |  | |  |  |  |
| Ιλαράς-Ερυθράς -Παρωτίτιδας |  | |  | |  |  |  |
| Μηνιγγίτιδας C |  | |  | |  |  |  |
| Πνευμονιόκοκου |  | |  | |  |  |  |
| Ανεμοβλογιάς |  | |  | |  |  |  |
| Γρίπης |  | |  | |  |  |  |
| Ηπατίτιδα Α |  | |  | |  |  |  |
| Άλλα εμβόλια |  |  | |  | |  |  |

Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό υγείας θα συνοδεύεται και από έκθεση του ειδικού: (Ψυχολόγου

ή Λογοθεραπευτή ή Αναπτυξιολόγου).

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ**



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** **Χαλάνδρι …./…../2015**

**ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Α.Π.**

**ΔΗΜΟΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Ταχ. Διεύθυνση: Κίρκης & Μίνωος 8 **ΑΔΑ: ΒΧ9ΖΩΗΔ-6Η2**

Ταχ. Κώδικας:152-38 Χαλάνδρι **ΑΡ. ΑΠΟΦ**.**232/2015**

Τηλέφωνο: 210-6083826

Fax: 210-6083826

Email:prosxolag@gmail.com

**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ** | **ΠΡΟΣ:** ……………. Παιδικό Σταθμό Δήμου Χαλανδρίου | |
| ΟΝΟΜΑ:……………………………………………………………………… |  | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………………………………………………….. |  | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:………………………………………………………………… | Παρακαλώ να εγκρίνετε την αίτησή μου για τη εγγραφή του παιδιού μου:  Στον ……………Παιδικό Σταθμό του Δήμου Χαλανδρίου | |
| Α.Φ.Μ.:…………………………………………………………………………. | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:……………………………………….. | |
| ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ:………………………………………………………………... | …………………………………………………………………. | |
| ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ:…………………………………………………………………. | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΓΕΝΝΗΣΗΣ: ……………………………….. | |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:………………………………………………………….. |  | |
| ………………………………………………………………………………….. | για τη χρονική περίοδο από ………έως…………. | |
| ΠΕΡΙΟΧΗ/ΔΗΜΟΣ:…………………………………………………………… |  | |
| ΔΗΜΟΤΗΣ ΔΗΜΟΥ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ:  NAI ……………..H OXI…………….  ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ:…………………………………………………………………… | -Αριθμός παιδιών στην οικογένεια  -Αποδέχομαι τους όρους λειτουργίας του  Παιδικού Σταθμού όπως αυτοί διατυπώνονται στον κανονισμό Λειτουργίας του Παιδικού Σταθμού και στην με ανακοίνωση την οποία παρέλαβα μαζί με την αίτηση. | |
| ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ:………………………………………………………………... |  | |
| ΚΙΝΗΤΟ:………………………………………………………………………… |  | |
| EMAIL…………………………………………………………………………… |  | |
|  |  | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** | ο/η ΑΙΤ……………………………………………… | |
| ΟΝΟΜΑ:………………………………………………………………………… |  | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ:…………………………………………………………………….. |  | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:………………………………………………………………….. |  | |
| Α.Φ.Μ:…………………………………………………………………………… |  | |
| ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟ:…………………………………………………………………. |  | |
| ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ:…………………………………………………………………… | ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:……………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………. | **Μηνιαία Οικονομική Εισφορά** | **Ευρω:** |
|  | **Οικογενειακό Εισόδημα έτους 2014** |  |
| ΠΕΡΙΟΧΗ/ΔΗΜΟΣ:…………………………………………………………….. |  |  |
| ΔΗΜΟΤΗΣ ΔΗΜΟΥ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ: …………………………………………  NAI ……………..H OXI…………….  ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ:……………………………………………………………………  ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ:……………………………………………………………….. | **ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ** | |
| ΚΙΝΗΤΟ:………………………………………………………………………… | **ΑΠΟΡΙΠΤΕΤΑΙ** | |
| EMAIL…………………………………………………………………………… |  | |
|  |  | |
|  |  | |

Χαλάνδρι……….……2015 **Εγκρίνεται**

**Η Επιτροπή :** 1)……………… 2)……………… 3)…………………..

Ο Εισηγητής: Προϊσταμένη Σταθμού .

4)………………………….......... 5)………………………….....

**ΑΔΑ: ΒΧ9ΖΩΗΔ-6Η2**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(άρθρο 8Ν.1599/1986)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ: |  | | | | | | | | | | |
| O-H ONOMA: |  | | ΕΠΩΝΥΜΟ | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο  Πατέρα | |  | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο  Μητέρας: | |  | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | |  | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | |  | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου  Ταυτότητας: | |  | | | Τηλ: | |  | | | | |
| Tόπος Κατοικίας: | |  | | Οδός: |  | | | Αριθμ: |  | ΤK: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου(FAX) | |  | | | Email: | |  | | | | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3)που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6. του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι:

«Αποδέχομαι τους όρους λειτουργίας του Παιδικού Σταθμού όπως αυτοί διατυπώνονται στον κανονισμό λειτουργίας των Βρεφονηπιακών Παιδικών Σταθμών που παρέλαβα μαζί με τη αίτηση.»

«Τα προσκομιζόμενα απλά αντίγραφα είναι ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων και βρίσκονται στη διάθεση της υπηρεσίας όποτε ζητηθούν.»

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Θα παραλαμβάνει από το σταθμό ο/η………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ημερομηνία 2015

Ο-η Δηλ.

(Υπογραφή)

1. Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημοσίου 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.