

ΑΙΤΗΣΗ

Προς τους Διευθυντές
του 1^{ου} & του 4^{ου} ΔΣ Ραφήνας

Στοιχεία Μητέρας

Όνομα.....
Επίθετο.....
Διεύθυνση κατοικίας.....
.....
Τηλέφωνο.....
.....

Στοιχεία Πατέρα

Όνομα.....
Επίθετο.....
Διεύθυνση κατοικίας.....
.....
Τηλέφωνο.....
.....

Στοιχεία Μαθητή

Όνομα.....
Επίθετο.....
Διεύθυνση κατοικίας.....
.....

Κηδεμόνας (Κυκλώστε)

Μητέρα
Πατέρας
Άλλος –Στοιχεία
.....
.....
.....
.....

Παρακαλώ να κάνετε δεκτή την εγγραφή
του παιδιού μου στην Α΄ τάξη του σχολείου
σας, για το σχολικό έτος 2015-16.

Συνημμένα υποβάλλω τα παρακάτω
δικαιολογητικά:

- Πιστοποιητικό γέννησης
- Πιστοποίηση (επίδειξη βιβλιαρίου) ότι έγιναν τα απαραίτητα εμβόλια μέχρι την ημερομηνία εγγραφής.
- Αποδεικτικό στοιχείο κατοικίας
- Πιστοποιητικό φοίτησης σε νηπιαγωγείο

Ραφήνα, /...../ 2015

Ονοματεπώνυμο Αιτούντος

.....

Υπογραφή



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/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | | | |

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:

Θα προσκομίσω στο σχολείο

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(4)

Ημερομηνία: 2015

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.



| | | |
|---------------------------------|------|------------|
| Συμπληρώνονται από την υπηρεσία | | |
| ΑΑ | ΤΑΞΗ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |
| | | |

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Συμπληρώστε τα στοιχεία και βάλτε 'X' στις ανάλογες επιλογές. Όλα τα στοιχεία είναι εμπιστευτικά

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Επίθετο: _____

Όνομα: _____

Φύλλο: ΑΓΟΡΙ ΚΟΡΙΤΣΙ

Τόπος γέννησης: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Δημοτολόγιο (αριθμός-τόπος): _____

Μητρώο Αρρένων (αριθμός-τόπος): _____

Υπηκοότητα: _____

Ιθαγένεια: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνα: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ

Επίθετο: _____

Όνομα: _____

Επάγγελμα: _____

Γραμματικές γνώσεις: _____

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: _____ e-mail: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Επίθετο: _____

Όνομα: _____

Επάγγελμα: _____

Γραμματικές γνώσεις: _____

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: _____ e-mail: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Κηδεμόνας είναι: ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ Ο ΠΑΤΕΡΑΣ Η ΜΗΤΕΡΑ ΑΛΛΟΣ
 (Αν οι φυσικοί γονείς δεν είναι κηδεμόνες, συμπληρώστε τα στοιχεία κηδεμόνα παρακάτω)

Επίθετο: _____

Όνομα: _____

Επάγγελμα: _____

Γραμματικές γνώσεις: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνα: _____

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: _____





ΑΔΕΡΦΙΑ

Έχει το παιδί αδερφό ή αδερφή που φοιτά τώρα στο σχολείο μας;

ΟΧΙ

ΝΑΙ. Φοιτά στη τάξη.

ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Είναι ο πατέρας εν ζωή; ΝΑΙ ΟΧΙ

Είναι η μητέρα εν ζωή; ΝΑΙ ΟΧΙ

Είναι οι γονείς σε διάσταση; ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπάρχει εκκρεμότητα κηδεμονίας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Το παιδί θα φεύγει μόνο του από το σχολείο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, ποιος θα το συνοδεύει; _____

Έχει το παιδί κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ περιγράψτε το παρακάτω:

.....
.....
.....
.....

Έχει διαγνωσμένη μαθησιακή δυσκολία; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ περιγράψτε τη παρακάτω:

.....
.....
.....
.....

**Αν θέλετε να προσθέσετε οτιδήποτε νομίζετε πως πρέπει να γνωρίζουν οι δάσκαλοι, παρακαλούμε συ
μπληρώστε το παρακάτω:**

.....
.....
.....
.....

....., / / 20....

Ο / Η ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ

.....
(ονοματεπώνυμο ,υπογραφή)



ΑΙΤΗΣΗ - ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ

- **Δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετέχει/χουν το/α παρακάτω τέκνο/α μου στο πρόγραμμα του Ολοήμερου Δημοτικού Σχολείου:**

Όνοματεπώνυμο γονέα:

Όνομα μαθητή/ τριας:τάξη που θα φοιτήσει.....

.....τάξη που θα φοιτήσει.....

.....τάξη που θα φοιτήσει.....

- **Δηλώνω ότι επιθυμώ το/α παραπάνω τέκνο/α μου να παρακολουθήσει/ουν την πρωινή προαιρετική ζώνη 07:00 - 08:00 (προσέλευση 07:00 - 07:15) (συμπληρώνετε ΝΑΙ/ ΟΧΙ).**

| |
|--|
| |
|--|

- **Δηλώνω ότι επιθυμώ η ώρα αποχώρησης του/ των τέκνου/ων μου από το πρόγραμμα του Ολοήμερου Δημοτικού Σχολείου καθ' όλη τη διάρκεια του σχολικού έτους να είναι (σημειώσατε με X την επιθυμητή ώρα):**

| | |
|-------|--|
| 15:30 | |
| 16:15 | |

- Προκειμένου να διευκολυνθεί το σχολείο στη σύνταξη του προγράμματος, σας κάνω γνωστό ότι επιθυμώ να ενταχθούν σε αυτό και τα ακόλουθα διδακτικά αντικείμενα με τη σειρά προτεραιότητας που τα δηλώνω (μπορούν να δηλωθούν μέχρι δύο από τα αναγραφόμενα αντικείμενα:)

| | |
|--|--|
| | 1. Τ.Π.Ε. (Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών) |
| | 2. Αγγλικά |
| | 3. Δεύτερη Ξένη Γλώσσα (μόνο για την Ε' και ΣΤ' τάξη) |
| | 4. Αθλητισμός |
| | 5. Εικαστικά |
| | 6. Θεατρική Αγωγή |
| | 7. Μουσική |
| | 8. Πολιτιστικοί όμιλοι δραστηριοτήτων |
| <i>Η τελική επιλογή των προαιρετικών μαθημάτων θα γίνει από το σχολείο</i> | |

.....2015

Ο/ Η Αιτ.....- Δηλ.....

.....

1^ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΡΑΦΗΝΑΣ



Αγαπητοί Γονείς/Κηδεμόνες των μαθητών που **θα φοιτήσουν στην Α' τάξη,**

Τόσο τα **Πιστοποιητικά Υγείας** (Εμβόλια) όσο και το **Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή** (Α.Δ.Υ.Μ.) αποτελούν σημαντικό θεσμό για την έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων υγείας των μαθητών και την πρόληψη ανεπιθύμητων συμβάντων κατά την συμμετοχή τους στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής και γενικότερα στις σχολικές δραστηριότητες.

Ειδικότερα, το **Α.Δ.Υ.Μ.** συμπληρώνεται στις **Α'** και **Δ'** τάξεις του Δημοτικού σχολείου είναι **επίσημο έγγραφο, έχει ισχύ τριών (3) σχολικών ετών για το Δημοτικό σχολείο** και προσκομίζεται στη σχολική μονάδα φοίτησης **μέχρι το τέλος Σεπτεμβρίου.**

Το Α.Δ.Υ.Μ. **καταρτίζεται και συμπληρώνεται:**

- από ιατρούς των οικείων Μονάδων Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Κέντρα Υγείας, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία κλπ) ή των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ή
- των ιδιωτών ιατρών συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή
- τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα των γονέων και κηδεμόνων ή
- από ιδιώτες ιατρούς (χωρίς σύμβαση με ασφαλιστικά ταμεία).

Οι ειδικότητες των ιατρών που έχουν τη δυνατότητα κατάρτισης και συμπλήρωσης και την ευθύνη υπογραφής του Α.Δ.Υ.Μ. είναι παιδίατροι ή γενικοί ιατροί ή, σε ειδικές περιπτώσεις, παθολόγοι.

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες, μετά την κατάθεση του Α.Δ.Υ.Μ. επέρχεται μεταβολή της κατάστασης υγείας του μαθητή/τριας ή των παραγόντων κινδύνου, οι γονείς/κηδεμόνες υποχρεούνται να καταθέτουν άμεσα νέο, επικαιροποιημένο έντυπο Α.Δ.Υ.Μ. στη σχολική μονάδα φοίτησης.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Ο δ/ντής του σχολείου
Σαράντης Κ. Χέλμης

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Σε εφαρμογή του νόμου 4229/2014, άρθρο 11, παρ. 2)



Υπουργείο Παιδείας
και Θρησκευμάτων

Υπουργείο Υγείας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ):

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:

ΣΧΟΛΕΙΟ: ΤΑΞΗ:

Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ) τηρείται στο Σχολείο και αντίγραφο του φυλάσσεται στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού. Το περιεχόμενο του ΑΔΥΜ είναι απόρρητο.

Συμπληρώνεται μετά από προληπτική ιατρική εξέταση που περιλαμβάνει ιστορικό και φυσική εξέταση, σύμφωνα με Φύλλο ιατρικής εξέτασης για το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή. Περαιτέρω ειδικός έλεγχος γίνεται μόνο εάν υπάρχουν ειδικές ιατρικές ενδείξεις. Στο ΑΔΥΜ σημειώνονται τα πορίσματα της εξέτασης που αφορούν το Σχολείο. Σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης υγείας του παιδιού το ΑΔΥΜ επικαιροποιείται με ευθύνη των γονέων/κηδεμόνων.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

(Σημειώνονται με σκοπό τη στήριξη του παιδιού στο Σχολείο και με τελική απόφαση του/της ιατρού, ύστερα από συνεννόηση με γονέα/κηδεμόνα ή και το παιδί. Δεν πρέπει να παραληφθούν πληροφορίες που η απουσία τους μπορεί να εκθέσει το παιδί σε κίνδυνο.)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς) Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας) > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:

Παραπομπή για ειδικό έλεγχο** (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες)

> Ειδικότητα/ες όπου γίνεται παραπομπή:

Ημ/νία εξέτασης

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

Σφραγίδα Μονάδας Υγείας
(για Ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από τον ειδικό έλεγχο δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς) Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας) > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:

> Ιατρική ειδικότητα:

> Έλεγχος που έγινε:

Ημ/νία εξέτασης

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

Σφραγίδα Μονάδας Υγείας
(για Ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)

* Η παρούσα γνωμάτευση δεν ισχύει για Πανελλήνιους Σχολικούς Αγώνες και Πανελλήνια Σχολικά Πρωταθλήματα, δεν ισχύει επίσης για σχολικές δραστηριότητες που υλοποιούνται από άλλο φορέα πλην του Σχολείου ή του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

** Αφορά τον ειδικό έλεγχο ο οποίος, κατά την κρίση του ιατρού που διενήργησε την προληπτική εξέταση, είναι αναγκαίος για να γίνει γνωμάτευση συμμετοχής στις σχολικές δραστηριότητες. Στις περιπτώσεις αυτές, δίνεται παραπεμπτικό σημείωμα με περιγραφή των αιτίων παραπομπής.

Επιστημονική επιμέλεια:

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Φυλάσσεται στο αρχείο του ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

| | | | | |
|--------------------------|------------------------|-----------------|---|------|
| Επώνυμο μαθητή/μαθήτριας | Όνομα μαθητή/μαθήτριας | Ημ/νία γέννησης | Α <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/> | ΑΜΚΑ |
|--------------------------|------------------------|-----------------|---|------|

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Συμπληρώνεται και υπογράφεται από γονέα/κηδεμόνα. Εάν χρειάζεται, δίνονται επεξηγήσεις ή συμπληρώνεται από τον/την ιατρό.)

| Ιστορικό παιδιού: γενικές ερωτήσεις | | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς (συνέχεια) | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|--|-----|-----|---|---|-----|-----|
| 1 | Έχει ή είχε ποτέ κάποια σοβαρή αρρώστια; | | | 13 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έχει εμφανίσει λιποθυμικό επεισόδιο ή σπασμούς άγνωστης αιτιολογίας; | | |
| 2 | Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο (με διανυκτέρευση); | | | 14 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που είναι γνωστό ότι έχει κάποιο κληρονομικό καρδιαγγειακό νόσημα, όπως υπερτροφική ή διαστατική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάζου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada; | | |
| 3 | Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση; | | | | | | |
| 4 | Παίρνει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά; | | | | | | |
| 5 | Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο); | | | | | | |
| Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς | | | | | | | |
| 6 | Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση; | | | | | | |
| 7 | Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία; | | | | | | |
| 8 | Έχει ποτέ παραπονθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση; | | | 15 | Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών; | | |
| 9 | Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας; | | | 16 | Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση; | | |
| 10 | Έχει παραπονθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση; | | | 17 | Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα; | | |
| Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς | | | | 18 | Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης; | | |
| 11 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών); | | | 19 | Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής; | | |
| 12 | Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έπαθε έμφραγμα ή στεφανιαία νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο σε νεαρή ή μέση ηλικία (<55 ετών για άνδρες και <65 για γυναίκες); | | | 20 | Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του; | | |
| | | | | 21 | Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα); | | |
| | | | | 22 | Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφιγκτήρων); | | |
| | | | | 23 | Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε; | | |

Συμπληρωματικές πληροφορίες για ερωτήσεις με "ΝΑΙ":

Βεβαιώνω, σύμφωνα με όσα γνωρίζω, για την ακρίβεια των παραπάνω.

| | | | | |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------|-----------------------|
| Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα | Σχέση με παιδί | Ημ/νία συμπλήρωσης | Υπογραφή | Τηλέφωνο επικοινωνίας |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------|-----------------------|

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

| Μέτρηση | | Βάρος: | | kg | Ύψος: | m | ΔΜΣ: | Σφύξεις: | /min | ΑΠ: | mmHg |
|-----------------|---|-------------|--|---------------------|-------|---|------|----------|------|-----|------|
| Ιατρική εξέταση | | Φυσιολογικά | | Παθολογικά ευρήματα | | | | | | | |
| 1 | Επισκόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan | | | | | | | | | | |
| 2 | Οπτική οξύτητα, στραβισμός | | | | | | | | | | |
| 3 | Στοματική κοιλότητα, δόντια | | | | | | | | | | |
| 4 | Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες | | | | | | | | | | |
| 5 | Αναπνευστικό σύστημα | | | | | | | | | | |
| 6 | Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα | | | | | | | | | | |
| 7 | Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση | | | | | | | | | | |
| 8 | Άλλα ευρήματα | | | | | | | | | | |

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ή ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)

| | |
|--|---|
| Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες: | |
| <input type="checkbox"/> | Χωρίς περιορισμούς |
| <input type="checkbox"/> | Με περιορισμούς |
| <input type="checkbox"/> | Παραπομπή → Ειδικότητα/ές: |
| Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης: | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| Σχόλια: | |

| | | |
|----------------------|--------------------|------------------------------|
| Όνοματεπώνυμο ιατρού | Ημ/νία συμπλήρωσης | Υπογραφή ιατρού / Σφραγίδα → |
|----------------------|--------------------|------------------------------|

Επιστημονική επιμέλεια:

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

