**ΕΝΤΥΠΟ 1**



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ Ημερομηνία (\*) : ……………………**

**ΝΟΜOΣ ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ**

**ΔΗΜΟΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ Αρ. πρωτ. (\*) : ………………………**

|  |
| --- |
| **ΠΡΟΣ**:  **ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ**  **……………………………..** |

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ**

|  |
| --- |
|  |

**ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗ ΝΕΑ ΕΓΓΡΑΦΗ**

|  |
| --- |
|  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ** |  | |
| **ΑΜΚΑ** |  | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  | |
| **ΗΛΙΚΙΑ** | **ΕΤΗ** | **ΜΗΝΕΣ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ** |  | |
| **ΑΔΕΡΦΑΚΙ ΣΕ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ** | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ** | **ΣΤΑΘΜΟΣ** |

**ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** |  |

Όπου (\*) συμπληρώνεται από την Υπηρεσία

**Συνημμένα:**

**1. Ληξιαρχική Πράξη Γεννήσεως**

**2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης**

**3. Βεβαίωση γιατρού και φωτοτυπία βιβλιαρίου υγείας**

**4. Εκκαθαριστικό Σημείωμα φορ. Έτους 2024 (εισοδήματα έτους 2023)**

**5.………………………………………**

**6………………………………………**

**ΕΝΤΥΠΟ 1**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ**

**ΠΑΤΕΡΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **Α.Φ.Μ.- ΑΜΚΑ** |  |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** |  |
| **ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ** |  |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ – ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ** |  |
| **ΠΕΡΙΟΧΗ/ΔΗΜΟΣ** |  |
| **ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ** |  |
| **ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **A.Δ.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ** |  |
| **ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ** |  |

**ΜΗΤΕΡΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **Α.Φ.Μ. - ΑΜΚΑ** |  |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** |  |
| **ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ** |  |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ** |  |
| **ΠΕΡΙΟΧΗ/ΔΗΜΟΣ** |  |
| **ΤΗΛ. ΟΙΚΙΑΣ** |  |
| **ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **A.Δ.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ** |  |
| **ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ** |  |

**ΑΜΦΙΛΟΧΙΑ, …../……./2024**

**Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ**

**ΕΝΤΥΠΟ 2**



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΝΟΜΟΣ ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ**

**ΔΗΜΟΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΑΣ**

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 παιδικό σταθμό και να συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία …………/…………/**2024**

Ο/Η 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 …………/…………/**2024**

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)