

ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 2022

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:

Συμπληρώνεται από την υπηρεσία

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνοματεπώνυμο παιδιού:.....

Τάξη που θα πάει την επόμενη σχολική χρονιά:.....

Σχολείο που φοιτά:

Ποιος θα παραλαμβάνει συνήθως το παιδί κατά τη μεσημεριανή αποχώρηση:

Α΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ από 20/06/2022 έως 08/07/2022

Σχολεία - Κέντρα που επιθυμεί να συμμετάσχει: 1^ο Δημοτικό, 3^ο Δημοτικό, 4^ο Δημοτικό, 6^ο Δημοτικό, 7^ο Δημοτικό, 9^ο Δημοτικό.

Επιλογή σχολείου:.....

Β΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ από 04/07/2022 έως 22/07/2022

Σχολεία - Κέντρα που επιθυμεί να συμμετάσχει: 1^ο Δημοτικό, 3^ο Δημοτικό, 4^ο Δημοτικό, 6^ο Δημοτικό, 7^ο Δημοτικό, 9^ο Δημοτικό.

Επιλογή σχολείου:.....

Όνομα - Επώνυμο Πατέρα:.....

Όνομα - Επώνυμο Μητέρας:.....

Τηλέφωνο οικίας:

Τηλ. κινητό πατέρα: Τηλ. κινητό μητέρας:.....

Τηλέφωνο εργασίας:

Τηλέφωνο ανάγκης: E-mail:

Διεύθυνση οικίας:

Κατάσταση υγείας:

Α) Δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου έχει εξεταστεί προσφάτως από ιατρό και δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας, (ασθένεια, χρόνια πάθηση, κινητικό πρόβλημα, συναισθηματικού τύπου διαταραχή). Ως εκ τούτου μπορεί να λάβει μέρος στο σύνολο των δραστηριοτήτων του προγράμματος (ομαδικά & περιβαλλοντικά παιχνίδια, αθλητικές δραστηριότητες), καθώς & ότι μπορεί να συμμετάσχει στις προγραμματισμένες εκδρομές (βουνό, θάλασσα, αρχαιολογικούς χώρους) που πραγματοποιούνται.

ακοή:όραση:

αλλεργίες:..... παθολογικά προβλήματα:.....

ιδιαιτερότητες (π.χ. υπερκινητικό):.....

φαρμακευτική αγωγή:

άλλο που θεωρείτε σημαντικό:

B) Δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου φοιτά με **παράλληλη στήριξη** και καταθέτω την σχετική βεβαίωση φοίτησης καθώς και την ιατρική γνωμάτευση. Επίσης δηλώνω υπεύθυνα, ότι το παιδί μου έχει εξεταστεί προσφάτως από ιατρό και μπορεί να λάβει μέρος στο σύνολο ή μέρος των δραστηριοτήτων του προγράμματος (ομαδικά & περιβαλλοντικά παιχνίδια, αθλητικές δραστηριότητες κτλ), καθώς & ότι μπορεί να συμμετάσχει στις προγραμματισμένες εκδρομές (βουνό, θάλασσα, αρχαιολογικούς χώρους κτλ) που πραγματοποιούνται, με παράλληλη στήριξη από συνοδό της επιλογής μου η οποία δεν θα βαρύνει οικονομικά τον Δήμο και μέχρι την έναρξη του προγράμματος θα έχω καταθέσει την απαιτούμενη Υπεύθυνη Δήλωση με τα στοιχεία του συνοδού παράλληλης στήριξης.

ακοή:όραση:

αλλεργίες:..... παθολογικά προβλήματα:.....

ιδιαιτερότητες (π.χ. ΔΑΔ, υπερκινητικό):

.....

φαρμακευτική αγωγή:

δραστηριότητες που δεν επιθυμώ να συμμετέχει το παιδί μου:.....

.....

.....

άλλο που θεωρείτε σημαντικό:

Αγία Παρασκευή..... /..... /2022
Ονοματεπώνυμο & υπογραφή κηδεμόνα

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- Στην περίπτωση που θα συμμετέχουν αδέρφια να συμπληρώνεται **διαφορετική έντυπη αίτηση, χωρίς όμως την επανυποβολή και των υπόλοιπων δικαιολογητικών.**