

ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΕΣ ΚΔΑΠ 2018-2019



ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Το ΝΠΔΔ ΚΠΑΠΑ προς ενίσχυση της ευρύτερης περιοχής μας, της παιδείας, της ανάπτυξης και της καλύτερης ένταξης των παιδιών στο κοινωνικό περιβάλλον μέσω των κέντρων δημιουργικής απασχόλησης παιδιών (ΚΔΑΠ) σχολικής ηλικίας **5-12 ετών**, καθώς και στην βοήθεια της εργαζόμενης και της άνεργης μητέρας της περιοχής μας, καλεί μητέρες που δεν είχαν δικαίωμα συμμετοχής στο πρόγραμμα «**Εναρμόνιση Οικογενειακής και Επαγγελματικής Ζωής**» για την περίοδο 2018-2019, να υποβάλλουν αίτηση από τις **09-10-2018** έως και τις **17-10-2018** και ώρες **09:00 έως 13:00**. Οι προσφερόμενες θέσεις ανέρχονται για το ΚΔΑΠ του Ειδικού Α΄ Βάρδια στις **12**, για το ΚΔΑΠ του Ειδικού Β΄ Βάρδια στις **45** και για το ΚΔΑΠ του Πειραματικού στις **10**. Το ωράριο λειτουργίας των ΚΔΑΠ είναι: **ΚΔΑΠ Ειδικού Α΄ Βάρδια 13:30 έως 17:30, ΚΔΑΠ Ειδικού Β΄ Βάρδια 17:30 έως 21:30, και ΚΔΑΠ Πειραματικού 17:30 έως 21:30**

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΑΪΓΑΝΗ-ΤΙΤΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ Κ.Δ.Α.Π.

Φλώρινα

ΠΡΟΣ: ΝΠΔΔ ΚΠΑΠΑ ΔΗΜΟΥ ΦΛΩΡΙΝΑΣ

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή του παιδιού μου στο Κ.Δ.Α.Π.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΦΥΛΟ	
		Α	Κ
ΚΑΤΑΘΕΣΑΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΣΠΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	

Συνολικός αριθμός παιδιών για τα οποία υποβάλλεται αίτηση	Παιδί		Από	
--	--------------	--	------------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΔΗΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ		
Α.Φ.Μ.		
Α.Δ.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		
ΠΕΡΙΟΧΗ - Τ.Κ.		
ΤΗΛΕΦΩΝΑ		
E-mail		

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΑ Κ.Δ.Α.Π.

- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- Βεβαίωση Υγείας Παιδιού (το έντυπο χορηγείται από την Υπηρεσία μας).
- Υπεύθυνη δήλωση όπου θα αναφέρεται ποιος θα μπορεί να παραλαμβάνει το παιδί.
- Βεβαίωση εργοδότη μητέρας.
- Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986 με την οποία ο γονέας θα δηλώνει τη συγκατάθεσή του για την περαιτέρω επεξεργασία [από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΝΠΔΔ] των προσωπικών δεδομένων τους, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, που τηρούνται για την υλοποίηση της εγγραφής- επανεγγραφής των παιδιών και για το σκοπό εξαγωγής στατιστικών δεδομένων στο πλαίσιο της διενέργειας ερευνών και της εκπόνησης μελετών για τις ανάγκες του ΝΠΔΔ.
- Για την εγγραφή παιδιού αλλοδαπών γονέων στο σταθμό εκτός των προαναφερόμενων δικαιολογητικών απαραίτητη προϋπόθεση είναι και η άδεια νόμιμης παραμονής στη χώρα μας όπως αυτή αποδεικνύεται από τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις.

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:				
Ημερομηνία Γέννησης:				
Βάρος σώματος:				
Χρόνιο Νόσημα				
Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.τ.λ.):				
Ανάπτυξη:				
Εξέταση κατά συστήματα:				
Έλλειψη G6PD:	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Επεισόδιο σπασμών :	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Εάν ναι, αιτία:				
Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει:				
Άλλες παρατηρήσεις :				
Είναι πλήρως εμβολισμένο:	ΝΑΙ		ΟΧΙ	

Ο/Η _____ μπορεί να φιλοξενηθεί στα
ΚΔΑΠ

Ημερομηνία ____/____/____

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ



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⁾ :	ΝΠΔΔ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΥ ΦΛΩΡΙΝΑΣ								
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:

Α. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συμμετοχής στα προγράμματα του ΚΔΑΠ και
Β. Δίδω τη συγκατάθεσή μου για την περαιτέρω επεξεργασία [από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΝΠΔΔ] των προσωπικών δεδομένων μου, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, που τηρούνται για την υλοποίηση της εγγραφής-επανεγγραφής του παιδιού μου και για το σκοπό εξαγωγής στατιστικών δεδομένων στο πλαίσιο της διενέργειας ερευνών και της εκπόνησης μελετών για τις ανάγκες του ΝΠΔΔ.

Ημερομηνία:20.....

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.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ
(για άτομα έως 12 ετών)

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η
....., δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής
να συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

...../...../.....
Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ
(Υπογραφή & σφραγίδα)



-Μόνο για συμμετοχή στις
αθλητικές δραστηριότητες

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:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείο υ (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:

α. δέχομαι να συμμετάσχει το παιδί μου/ τα παιδιά μου στις αθλητικές δραστηριότητες και
..... του ΚΔΑΠ για την περίοδο 2018 – 2019.

β. η ιατρική βεβαίωση (όπισθεν) είναι αληθής και

γ. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συμμετοχής στα προγράμματα του ΚΔΑΠ και στους αθλητικούς χώρους.

(4)

Ημερομηνία:20.....

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.