**2ο ΔΗΜΟΤΙΚO ΣΧΟΛΕΙO ΓΛΥΦΑΔΑΣ**

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ στην ……… τάξη**

**Σχολικό έτος: 2025 - 26**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο μαθητή/τριας: |  |
| Όνομα μαθητή/τριας: |  |
| Όνομα – Επώνυμο πατέρα: |   |
| Όνομα – Επώνυμο (γένος) μητέρας: |   |
| Ημερομηνία γέννησης μαθητή/τριας: |   |
| Διεύθυνση κατοικίας: |   |
| Επάγγελμα πατέρα: |   |
| Επάγγελμα μητέρας: |   |
| Διεύθυνση εργασίας πατέρα: |   |
| Διεύθυνση εργασίας μητέρας: |   |
| Τηλέφωνο κατοικίας |   |
| Κινητό Τηλέφωνο πατέρα: |  |
| Κινητό Τηλέφωνο μητέρας: |  |
| Σε περίπτωση διαζυγίου, ποιος γονέας έχει την επιμέλεια του μαθητή/τριας; |  |
| Άλλο τηλέφωνο για επικοινωνία στην εργασία |  |
| Έχει παρακολουθήσει Νηπιαγωγείο; | ΝΑΙ ⬜ Όνομα Νηπιαγωγείου: ………………………………………..…ΟΧΙ ⬜ |
| Δηλώνω ότι θα παρακολουθεί το ΟΛΟΗΜΕΡΟ; |  ΝΑΙ ⬜ ΟΧΙ ⬜ |
| **Έχει αδελφό/ή που φοιτά ήδη στο 2ο Δ.Σ. Γλυφάδας:**   |  ΝΑΙ ΟΧΙ |
| Συμπληρώνεται από το Σχολείο | Πιστοποιητικό Γέννησης Βιβλιάριο Υγείας Διεύθυνση Κατοικίας Βεβαίωση Νηπιαγωγείου ΑΔΥΜ   |
| Υπάρχει κάποια ευαισθησία / αλλεργία/ ασθένεια για την οποία το σχολείο πρέπει να είναι ενήμερο; |  |
| Ο μαθητής/τρια έχει παραπεμφθεί ή παρακολουθήσει: | Πρόγραμμα Λογοθεραπείας; ……………………………………….Πρόγραμμα Φυσιοθεραπείας; ……………………………………..Πρόγραμμα Εργοθεραπείας; …………………………………………Στο ΚΕΔΔΥ: …………………………………………………………….Σε άλλο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο; ………………………………….Πού; ………………………………………………………………………Πόσο καιρό έχει διαρκέσει το πρόγραμμα;…………………………..Έχει σημειωθεί πρόοδος; …………………………………………….. |

Γλυφάδα, …../…./ 2025

Ο/Η δηλών/ούσα

…………………….