**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

…………………….