



ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Θέμα : Ένταξη στο Πρόγραμμα Δημιουργικής
Απασχόλησης 2019

Στοιχεία Μαθητή

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομ/νυμο Πατέρα.....

.....

Όνομ/νυμο Μητέρας.....

.....

Έτος γέννησης.....

Απόφοιτος τάξης.....

Διεύθυνση κατοικίας

.....

Τηλέφωνο οικίας.....

Τηλ. εργασίας (μητέρας/πατέρα).....

.....

Τηλ. κινητό μητέρας.....

Τηλ. κινητό πατέρα.....

E-MAIL επικοινωνίας

.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΠΡΟΣ: ΔΗΜΟ ΠΑΠΑΓΟΥ - ΧΟΛΑΡΓΟΥ

Ο υπογραφόμενος γονέας.....

.....

δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ να λάβει μέρος το παιδί μου στο πρόγραμμα «Δημιουργικής Απασχόλησης» του Δήμου .

ΣΧΟΛΙΚΑ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΑ:

☐

1^ο Δημοτικό Σχολείο Παπάγου (Ιωνίας & Αργυροκάστρου)

☐

4^ο Δημοτικό Σχολείο Χολαργού (Τήνου 4)

ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ:

☐

1^η περίοδος: 20/6 έως 9/7 ή

☐

2^η περίοδος: 10/7 έως 26/7

☐

Όλες οι περίοδοι

Δηλώνεται υποχρεωτικά η προτίμηση **μίας** εκ των δύο περιόδων. Σε περίπτωση που επιθυμείτε και τις 2 περιόδους, τσεκάρετε επιπλέον το αντίστοιχο πεδίο, για την περίπτωση που υπάρξουν κενές θέσεις.

Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας

☐

Είμαι δημότης Παπάγου – Χολαργού

Επιτρέπω να ζητηθεί αυτεπάγγελτα πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το δημοτολόγιο.

☐

Είμαι κάτοικος Παπάγου – Χολαργού

και συνημμένα υποβάλλω αποδεικτικό διεύθυνσης κατοικίας (π.χ. αντίγραφο λογαριασμού, φορολογικής δήλωσης Ε1 κ.λπ.)

☐

Είμαι άνεργος και συνημμένα υποβάλλω βεβαίωση ανεργίας

☐

Είμαι πολύτεκνος

(και εφόσον δεν είμαι δημότης, καταθέτω πιστοποιητικό οικογενειακής Κατάστασης)

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :**1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης**

(μόνο για τους δημότες: μπορεί να ζητηθεί αυτεπάγγελτα από το Δήμο)

2.Αποδεικτικό κατοικίας για κατοίκους οι οποίοι δεν είναι δημότες (π.χ. λογαριασμός ΔΕΚΟ ή ιδιωτικής εταιρείας ή αντίγραφο φορολογικής δήλωσης Ε1 κ.λπ.)**3. Βεβαίωση εργασίας των γονέων ή βεβαίωση ανεργίας .****ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

αλλεργίες:.....

παθολογικά προβλήματα:

ιδιαιτερότητες (π.χ. υπερκινητικό, συναισθηματική διαταραχή, τάσεις επιθετικότητας, τάσεις φυγής, άλλο).....

φαρμακευτική αγωγή:.....

άλλο που θεωρείτε σημαντικό:.....

Το παιδί είχε παράλληλη στήριξη στο σχολείο κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐Το παιδί αυτοεξυπηρετείται στην τουαλέτα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

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)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ – ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Παρακαλούμε όπως δηλώσετε όλους όσους είναι πιθανό να παραλάβουν το παιδί (από το σχολείο διεξαγωγής του προγράμματος) , είτε είναι ο γονέας είτε κάποιος άλλος με δική σας εντολή. Τα παιδιά θα παραδίδονται μόνο μετά από έλεγχο της ταυτότητας κάθε ατόμου (αν δεν είναι ο γονέας/κηδεμόνας) και διασταύρωση με την παρούσα λίστα

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

- Ωράριο προσέλευσης : 07.30-08.30 - Ωράριο αποχώρησης : 14.00- 15.30

- Σε περίπτωση που αλλάξουν τα στοιχεία του ατόμου που θα παραλαμβάνει το παιδί αυτό θα δηλωθεί με Υπ.Δήλωση στον υπεύθυνο Συντονιστή του κέντρου – σχολείου.

☐ Συναινώ να χρησιμοποιηθούν τα προσωπικά μου στοιχεία και δεδομένα και όσα δηλώνω στη παρούσα αίτηση , όπου απαιτείται από τον Δήμο Παπάγου – Χολαργού στο πλαίσιο του προγράμματος «Δημιουργική Απασχόληση».

☐ Συναινώ να λαμβάνω ενημερώσεις για θέματα που αφορούν το Δήμο Παπάγου – Χολαργού

☐ Δεν συναινώ

Έλαβα γνώση ότι η παρούσα αίτηση επέχει θέση Υπεύθυνης Δήλωσης .**Χολαργός/...../ 2019****Ονοματεπώνυμο & υπογραφή γονέα/κηδεμόνα**