Αριθμός φακέλου:............................................

Ημ. Συμπλήρωσης:............/.............../..............

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ-ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΚΔΑΠ ΑμΕΑ PUZZLE

ΣΧ. ΕΤΟΣ: ............................................

Ονο/μο εξυπηρετούμενου μαθητή:.....................................................................

Ημ. Έναρξης προγρ.:..............................................................................................

Έγγραφα που προσκομίσθηκαν:

* Ταυτότητα γονέα/κηδεμόνα/διακστικού συμπαραστάτη
* Ατομικό δελτίο υγείας/ιατρική βεβαίωση (για τα ενήλικα άτομα)
* Γνωμάτευση πιστοποίησης αναπηρίας ΚΕΠΑ/ΑΣΥΕ/ΑΝΥΕ σε ισχύ
* AMKA & ΑΦΜ γονέων/κηδεμόνων και ΑΜΚΑ μαθητή-εξυπηρετούμενου
* Υπεύθυνη δήλωση όπου θα αναφέρεται ποιος θα μπορεί να παραλαμβάνει το παιδί από το ΚΔΑΠ ΜΕΑ καθώς και το χρονικό διάστημα καταβολής τροφείων σε περίπτωση συμμετοχής εκτός προγράμματος ΕΣΠΑ (το έντυπο χορηγείται από την Υπηρεσία μας).
* Για τους αλλοδαπούς: Άδεια παραμονής, Μεταφρασμένη οικογενειακή κατάσταση και Μεταφρασμένη Ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού (μόνο όταν η γλώσσα δεν είναι η αγγλική)
* Βεβαίωση φοίτησης σχολείου
* Voucher-αξία τοποθέτησης απο πρόγραμμα ΕΣΠΑ

**ΕΙΔΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

* **Παιδί ορφανό:** Προσκομίζεται ληξιαρχική πράξη του αποβιώσαντος γονέα, εάν αυτό δεν αναφέρεται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
* **Διαζευγμένοι γονείς ή σε διάσταση**: Προσκομίζεται αντίγραφο διαζευκτηρίου (εάν αυτό δεν αναφέρεται στο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης). Για γονείς σε διάσταση απαιτείται αίτηση διαζυγίου ή οποιοδήποτε αποδεικτικό έγγραφο της διάστασης καθώς και δικαστική απόφαση επιμέλειας ή οποιοδήποτε έγγραφο της επιμέλειας ένα οι γονείς είναι διαζευγμένοι ή εν διαστάσει.
* **Άτομο με αναπηρία**: Προσκομίζεται βεβαίωση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής για γονέα ΑΜΕΑ με ποσοστό αναπηρίας 35% και άνω

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ ΜΑΘΗΤΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επίθετο:** | **Διεύθυνση κατοικίας:** |
| **Όνομα:** | **Τ.Κ:** |
| **Φύλλο:** | **Τηλ κατοικίας:** |
| **Ημ. Γέννησης:** | **Κινητό:** |
| **ΑΜΚΑ:**  | **ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:** |
| **Εθνικότητα (προαιρεττικό):** | **Μυστικός κωδικός ατόμου που θα παραλαμβάνει τον εξυπηρετούμενο σε περίπτωση απουσίας γονέων/κηδεμόνων:** |
| **Χώρα γέννησης (προαιρετικό):** |
| **Θρησκεία (**προαιρετικό-σε περίπτωση μουσουλμάνων προσδιορίστε για το φαγητό-Halal, όχι χοιρινό κτλ **):** |
| **Επιθυμητή βάρδια:** | **Πρωι: 08.30 – 14.30****Απογευματινή 14.30 – 20.30** |
| **Διάγνωση:**  |  |

**Μητρική γλώσσα :**

Άλλη γλώσσα που μιλάτε στο σπίτι:

Έχει το παιδί αποκτήσει λόγο (λεκτικό/μη λεκτικό): ΝΑΙ ΟΧΙ

Σε περίπτωση που το παιδί είναι μη λεκτικό χρησιμοποιείται κάποιο σύστημα επικοινωνίας (PECS, MAKATON, άλλο):

Θα επιθυμούσατε να μάθετε να χρησιμοποιείτε ένα απο τα παραπάνω επικοινωνιακά συστήματα;

**ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ**

|  |
| --- |
| **Προσωπική υγιεινή/αυτοεξυπηρέτηση****Παρακαλούμε ενημερώστε μας για το επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης στην τουαλέτα του μαθητή** |
|  |

|  |
| --- |
| **Διατροφικές συνήθειες- Αλλεργίες- άλλα προβλήματα που αφορούν τη σίτιση (κατάποση κτλ)** |
|  |
| **Σχολείο φοίτησης** |
| Όνομα σχολείου/Όνομα εκπαιδευτικού/διευθυντή  | Διεύθυνση σχολείου/Τηλέφωνο | Ημ. Έναρξης/λήξης φοίτησης |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Προηγούμενη φοίτηση σε ΚΔΑΠ ΑμΕΑ** |
| Όνομα ΚΔΑΠ ΑμΕΑ/Όνομα διευθυντή  | Διεύθυνση δομής/Τηλέφωνο | Λόγος αποχώρησης |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Συνεργασία με άλλες δομές ειδικής αγωγής (λογοθεραπευτήρια κτλ)** |
| Όνομα κέντρου/Όνομα εκπαιδευτικού/διευθυντή  | Υπηρεσίες/ θεραπείες/συχνότητα εβδομαδιαία | Ημ. Έναρξης/λήξης φοίτησης |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Σύνθεση οικογένειας** |
| Ονο/μο μητέρας | Μορφωτικό επίπεδο | Τηλ επικοινωνίας/email |
| Ονο/μο πατέρα | Μορφωτικό επίπεδο | Τηλ επικοινωνίας/email |
| Ονο/μο αδελφών/ηλικία | Μορφωτικό επίπεδο | Τηλ επικοινωνίας/email |
| Ονο/μο άλλων σημαντικών για τον εξυπηρετούμενο συγγενών | Συγγενική σχέση | Τηλ επικοινωνίας/email |

**ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

|  |
| --- |
| **Θεράπων Ιατρός** |
| Όνο/μο ιατρού  | Διεύθυνση ιατρείου/Τηλέφωνο/email | Ειδικότητα  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

*Η δομή σε περίπτωση ανάγκης θα επικοινωνήσει με τον θεράποντα ιατρό που έχετε υποδείξει. Παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω κουτάκι για τη συναίνεση σας*

|  |
| --- |
| Παρακαλώ προσθέστε πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας του εξυπηρετούμενου μαθητή. Εαν ο μαθητής πάσχει από κάποια ιατρική πάθηση και απαιτείται ειδική ιατρική παρακολούθηση (επιληψία, αλλεργία, άσθμα κτλ) παρακαλώ περιγράψτε παρακάτω οδηγίες σχετικές με αντιμετώπιση και δοδολογία φαρμακευτικής αγωγής (σε περίπτωση φαρμακευτικής αγωγής είναι απαραίτητη η προσκόμιση σχετικών οδηγιών απο θεράποντα ιατρό σε γνήσιο έγγραφο-email από τον θεράποντα ιατρό) |
|  |

**ΔΙΔΑΚΤΡΑ**

**Παρακαλώ σημειώστε τον τρόπο με τον οποίο θα καλύψετε τα δίδακτρα φοίτησης ΚΔΑΠ ΑμΕΑ:**

 **ΕΣΠΑ-Voucher**

 **Προσωπική χρηματοδότηση**

 **Άλλο**

**Επικοινωνία γονέων μεσω email και εφαρμογής total.school και class Dojo**

|  |
| --- |
| Έχει αποδειχθεί ότι η επικοινωνία με τους γονείς κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης συμβάλλει όχι μόνο στη δημιουργία καλών σχέσεων με τη δομή/σχολείο αλλά και στην πρόοδο των μαθητών. Έχοντας δώσει έμφαση στην καλή επικοινωνία με την συνεργαζόμενη οικογένεια, το ΚΔΑΠ ΑμΕΑ Puzzle χρησιμοποιεί ειδική εφαρμογή η οποία παίρνει το ρόλο ‘’γέφυρας’’ μεταξύ γονέων-δομής. Πρόκειται για μια εφαρμογή στην οποία οι εκπαιδευτικοί έχουν τη δυνατότητα να μοιράζονται σχόλια, φωτογραφίες και μηνύματα με τους γονείς και παράλληλα οι γονείς να ενημερώνονται για την πρόοδο των μαθητών ανα πάσα στιγμή. Η εφαρμογή προστατεύεται από μοναδικό κωδικό που θα λάβετε με την εγγραφή σας και θα μπορείτε να δείτε ΜΟΝΟ φωτογραφίες και εργασίες του παιδιού σας. Οι φωτογραφίες των μαθητών δεν δημοσιεύονται ΠΟΤΕ στα μέσα μαζικής επικοινωνίας και δικτύωσης χωρίς τη δική σας συγκατάθεση. Οι φωτογραφίες που δημοσιεύονται θα έχουν πάντα τα πρόσωπα των μαθητών με τρόπο που να μην αποκαλύπτεται η ταυτότητα τους. Το ΚΔΑΠ ΑμΕΑ έχει συμμορφωθεί με όλους τους κανονισμούς περι προστασίας προσωπικών δεδομένων.Για την εγγραφή σας στην εφαρμογή θα χρειαστούμε τα παρακάτω στοιχεία: |
| **Ονο/μο γονέα/κηδεμόνα:****Email:**  |

|  |
| --- |
| **Υπηρεσίες που επιθυμείτε να λάβετε:** |
| Λογοθεραπεία | Ψυχοθεραπεία | Εκμάθηση μουσικών οργάνων |
| Εργοθεραπεία | Συμβουλευτική γονέων | Ειδική γυμναστική για άτομα με αναπηρία |
| Φυσικοθεραπεία | Ομάδα γονέων | Υπηρεσίες κοινωνικού λειτουργού (ενημέρωση επιδομάτων και δικαιωμάτων ατόμων με αναπηρία) |
| Ειδική Αγωγή | Εκπαίδευση γονεών σε μεθόδους επικοινωνίας/συμπεριφοράς | Άλλο: |

|  |
| --- |
| **Ποιες είναι οι προσδοκίες από το ΚΔΑΠ ΑμΕΑ;**  |
|  |

**Υπογραφή γονέων Υπογραφή διεύθυνσης ΚΔΑΠ ΑμΕΑ**