

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

(Σε εφαρμογή του νόμου 4229/2014, άρθρο 11, παρ. 2)



Υπουργείο Παιδείας
και Θρησκευμάτων
Υπουργείο Υγείας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ):
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:
ΣΧΟΛΕΙΟ: ΤΑΞΗ:

Το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ) τηρείται στο Σχολείο και αντίγραφό του φυλάσσεται στο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού. Το περιεχόμενο του ΑΔΥΜ είναι απόρρητο.

Συμπληρώνεται μετά από προληπτική ιατρική εξέταση που περιλαμβάνει ιστορικό και φυσική εξέταση, σύμφωνα με Φύλλο ιατρικής εξέτασης για το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή. Περαιτέρω ειδικός έλεγχος γίνεται μόνο εάν υπάρχουν ειδικές ιατρικές ενδείξεις. Στο ΑΔΥΜ σημειώνονται τα πορίσματα της εξέτασης που αφορούν το Σχολείο. Σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης υγείας του παιδιού το ΑΔΥΜ επικαιροποιείται με ευθύνη των γονέων/κηδεμόνων.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

(Σημειώνονται με σκοπό τη στήριξη του παιδιού στο Σχολείο και με τελική απόφαση του/της ιατρού, ύστερα από συνεννόηση με γονέα/κηδεμόνα ή και το παιδί. Δεν πρέπει να παραληφθούν πληροφορίες που η απουσία τους μπορεί να εκθέσει το παιδί σε κίνδυνο.)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

- ☐ Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από την προληπτική εξέταση δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς) ☐ Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας) > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:
- ☐ Παραπομπή για ειδικό έλεγχο** (Από τα λοιπά συστήματα δεν υπάρχουν ευρήματα που απαιτούν περιορισμό συμμετοχής σε σχολικές δραστηριότητες) > Ειδικότητες όπου γίνεται παραπομπή:

Ημ/νία εξέτασης

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

Σφραγίδα Μονάδας Υγείας
(για ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ*

- ☐ Συμμετοχή χωρίς περιορισμούς (Από τον ειδικό έλεγχο δεν προέκυψαν λόγοι για περιορισμούς) ☐ Συμμετοχή με περιορισμούς (Λόγω προβλημάτων υγείας) > Προβλήματα υγείας και οδηγίες περιορισμών:

> Ιατρική ειδικότητα:

> Έλεγχος που έγινε:

Ημ/νία εξέτασης

Υπογραφή & σφραγίδα ιατρού

Σφραγίδα Μονάδας Υγείας
(για ιατρούς ΕΣΥ/ΠΕΔΥ)

* Η παρούσα γνωμάτευση δεν ισχύει για Πανελλήνιους Σχολικούς Αγώνες και Πανελλήνια Σχολικά Πρωταθλήματα, δεν ισχύει επίσης για σχολικές δραστηριότητες που υλοποιούνται από άλλο φορέα πλην του Σχολείου ή του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

** Αφορά τον ειδικό έλεγχο ο οποίος, κατά την κρίση του ιατρού που διενήργησε την προληπτική εξέταση, είναι αναγκαίος για να γίνει γνωμάτευση συμμετοχής στις σχολικές δραστηριότητες. Στις περιπτώσεις αυτές, δίνεται παραπεμπτικό σημείωμα με περιγραφή των αιτίων παραπομπής.

Επιστημονική επιμέλεια:

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ
(Φυλάσσεται στο αρχείο του Ιατρού ή της Μονάδας Υγείας)

Επώνυμο μαθητή/μαθήτριας	Όνομα μαθητή/μαθήτριας	Ημ/νία γέννησης	Φύλο ☐ Α ☐ Θ ☐	ΑΜΚΑ
--------------------------	------------------------	-----------------	--	------

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Συμπληρώνεται και υπογράφεται από γονέα/κηδεμόνα. Εάν χρειάζεται, δίνονται επεξηγήσεις ή συμπληρώνεται από τον/την Ιατρό.)

Ιστορικό παιδιού: γενικές ερωτήσεις	NAI	OXI	Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς (συνέχεια)	NAI	OXI
1 Έχει ή είχε ποτέ κάποια σοβαρή αρρώστια;			13 Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έχει εμφανίσει λιποθυμικό επεισόδιο ή σπασμούς άγνωστης αιτιολογίας;		
2 Έχει νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο (με διανυκτέρευση);			14 Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που είναι γνωστό ότι έχει κάποιο κληρονομικό καρδιαγγειακό νόσημα, όπως υπερτροφική ή διαστατική μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμιογόνο δεξιά κοιλία, νόσο της Νάξου, σύνδρομο Marfan, σύνδρομο μακρού ή βραχέος QT, σύνδρομο Brugada;		
3 Έχει κάνει ποτέ κάποια εγχείρηση;			15 Το παιδί έχει κάνει ποτέ επεισόδιο σπασμών;		
4 Πάινει ή έπαιρνε ποτέ κάποιο φάρμακο συστηματικά;			16 Έχει παρουσιάσει ποτέ βήχα, "σφύριγμα" ή δυσκολία στην αναπνοή κατά την άσκηση;		
5 Έχει κάποια αλλεργία (τροφή, φάρμακο, άλλο);			17 Είχε ποτέ πόνο ή σοβαρό τραυματισμό σε οστά, μυς, αρθρώσεις ή έχει πάθει ποτέ αρθρίτιδα;		
Ιστορικό παιδιού: προβλήματα καρδιάς			18 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα όρασης;		
6 Έχει διαγνωστεί ποτέ πρόβλημα καρδιάς ή υπέρταση;			19 Νομίζετε ότι μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής;		
7 Έχει συμβεί ποτέ να χάσει τις αισθήσεις του κατά την άσκηση ή μετά από άσκηση ή χωρίς εμφανή αιτία;			20 Έχετε κάποια ανησυχία για το βάρος ή τη διατροφή του;		
8 Έχει ποτέ παραπονεθεί για πόνο, αίσθημα πίεσης ή βάρους στο στήθος κατά την άσκηση;			21 Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη του (π.χ. λόγος, κίνηση, μαθησιακή ικανότητα);		
9 Κουράζεται ή λαχανιάζει κατά την άσκηση πολύ πιο εύκολα από άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας;			22 Ανησυχεί εσάς ή το σχολείο κάποιο θέμα σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του (π.χ. θλίψη, κοινωνικότητα, επιθετικότητα, θυμός, υπερκινητικότητα, έλεγχος σφικτήρων);		
10 Έχει παραπονεθεί ποτέ ότι η καρδιά του χτυπάει γρήγορα ή άρρυθμα ("φτερουγίζει") κατά την άσκηση;			23 Υπάρχει κάποιο άλλο θέμα που θα θέλατε να συζητήσετε;		
Ιστορικό οικογένειας: προβλήματα καρδιάς					
11 Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που πέθανε από καρδιακό αίτιο, από αιφνίδιο ή ανεξήγητο θάνατο σε νεαρή ηλικία (<50 ετών);					
12 Υπάρχει στην οικογένεια άτομο που έπαθε έμφραγμα ή στεφανιαία νόσο ή εγκεφαλικό επεισόδιο σε νεαρή ή μέση ηλικία (<55 ετών για άνδρες και <65 για γυναίκες);					

Συμπληρωματικές πληροφορίες για ερωτήσεις με "ΝΑΙ":

Βεβαιώνω, σύμφωνα με όσα γνωρίζω, για την ακρίβεια των παραπάνω.

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα	Σχέση με παιδί	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή	Τηλέφωνο επικοινωνίας
------------------------------	----------------	--------------------	----------	-----------------------

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την Ιατρό)

Μέτρηση	
Βάρος: kg	Ύψος: m ΔΜΣ: Σφύξεις: /min ΑΠ: mmHg
Ιατρική εξέταση	Φυσιολογικά Παθολογικά ευρήματα
1 Επισκόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan	
2 Οπτική οξύτητα, στραβισμός	
3 Στοματική κοιλότητα, δόντια	
4 Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες	
5 Αναπνευστικό σύστημα	
6 Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα	
7 Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση	
8 Άλλα ευρήματα	

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ή ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Συμπληρώνεται από τον/την Ιατρό)

Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες: ☐ Χωρίς περιορισμούς ☐ Με περιορισμούς ☐ Παραπομπή → Ειδικότητες:	
Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης: NAI ☐ OXI ☐	Σχόλια: ~

Όνοματεπώνυμο Ιατρού	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή Ιατρού / Σφραγίδα→
----------------------	--------------------	-----------------------------

Επιστημονική επιμέλεια:

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

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):	ΓΕΛ ΒΑΣΙΛΙΚΟΥ						
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 :

A) Είμαι κηδεμόνας του μαθητή/τριας: _____

B) Δηλώνω πως δεύτερη ξένη γλώσσα την οποία διδάχτηκε στο ΓΥΜΝΑΣΙΟ το παιδί μου είναι τα:
..... (ΜΟΝΟ για τις κοπέλες ως Α Λοκία

Γ) Επιθυμώ να ενημερώνομαι για τις απουσίες του παιδιού μου, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στην ισχύουσα νομοθεσία που αφορά τη φοίτηση των μαθητών (Υπουργική Απόφαση 106545/ΓΔ4 /ΦΕΚ 120/23-1-2018 όπως ισχύει και εφαρμόζεται με τις σχετικές τροποποιήσεις),
ως εξής :

• στον λογαριασμό ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail): _____

• με sms στο κινητό τηλέφωνο:

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας είναι: Τηλ 1: _____

Τηλ 2: _____ Τηλ 3: _____

• Η διεύθυνση αλληλογραφίας είναι: Οδός: _____ Αριθ: _____

Περιοχή _____ Τ.Κ: _____

Δ) Δηλώνω υπεύθυνα πως και ο έτερος γονέας (μητέρα ή πατέρα ανάλογα) του παιδιού μου συμφωνεί με την εγγραφή αυτή

Όνοματεπώνυμο ετέρου γονέα: _____

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας του είναι: Τηλ 1: _____ Τηλ 2: _____

Email : _____

Ε) Εγκρίνω..... (Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ αντίστοιχα) τη χρήση των στοιχείων τηλεφωνικής και ηλεκτρονικής επικοινωνίας του σχολείου με το παιδί μου (απαραίτητα και για την εξ αποστάσεως ασύγχρονη διδασκαλία όπως με την πλατφόρμα Πανελλήνιου Σχολικού Δικτύου):

Κινητό τηλέφωνο μαθητή/μαθήτριας:.....

Email μαθητή/μαθήτριας: (Πανελλήνιο Σχολικό Δίκτυο)

Email μαθητή/μαθήτριας:(άλλο διαθέσιμο)

ΣΤ) Εγκρίνω..... (Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ αντίστοιχα) τη δημοσίευση οπτικοακουστικού υλικού (φωτογραφίες, βίντεο, μαγνητοφωνήσεις), στο οποίο απεικονίζεται ο γιος / η κόρη μου, κατά τη συμμετοχή του/ της σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, που υλοποιούνται στο πλαίσιο δραστηριοτήτων και σκοπών του Σχολείου, στις οποίες συμμετέχει το παιδί μου. Συμφωνώ το υλικό αυτό να δημοσιοποιηθεί σε έντυπα και ηλεκτρονικά μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και να προβληθεί σε εκδηλώσεις ενημέρωσης και επιστημονικές συναντήσεις με εκπαιδευτικούς σκοπούς που εγκρίνονται από το Υπουργείο Παιδείας, και τον Σύλλογο Διδασκόντων. Οι φωτογραφίες και μαγνητοσκοπήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν αφού πρώτα έχει γίνει επεξεργασία με τέτοιο τρόπο, ώστε να προσαρμοστούν στους χρόνους των αναγκών μετάδοσής τους, μόνες ή σε συνδυασμό με άλλο υλικό για οποιονδήποτε εκπαιδευτικό, πληροφοριακό ή προωθητικό μη εμπορικό σκοπό σε οποιοδήποτε κοινό εντός ή εκτός Ελλάδος.

Ζ) Εγκρίνω..... (Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ αντίστοιχα) να δοθούν τα προσωπικά μου στοιχεία επικοινωνίας (email, τηλέφωνο, διεύθυνση κατοικίας) στο Σύλλογο Γονέων του Σχολείου προκειμένου να ενημερώνομαι για τις εκδηλώσεις του Συλλόγου Γονέων.

Η) Θα προσκομίσω (δια ζώσης ή με έγκυρη ηλεκτρονική αποστολή) στο σχολείο το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ) συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από τον αρμόδιο γιατρό, μέχρι την έναρξη των μαθημάτων.

Ημερομηνία: / /2022

Ο - Η Δηλ.

(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 ή την δηλούντα δηλούσα.