**ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ 5ου ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α΄ ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2023-24[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ** |
| ΟΝΟΜΑΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ |  |
| ΕΠΩΝΥΜΟΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ |  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ |  |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ |  |
| Α.Δ.Τ. (εάν υπάρχει) ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ |  |
| Α.Μ.Κ.Α ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ |  |
| ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥΔΗΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ /ΔΗΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΡΡΕΝΩΝ ΜΑΘΗΤΗ |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ** |
| ΟΔΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣΔΗΜΟΣΤ.Κ. |  |
| ΔΗΜ. ΣΧΟΛΕΙΟ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ |  |
| Β΄ ΞΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙ ΝΑ ΔΙΔΑΧΘΕΙ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ (ΓΑΛΛΙΚΑ Ή ΓΕΡΜΑΝΙΚΑ) |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ** |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ |  |
| ΣΧΕΣΗ ΠΡΩΤΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑ (πατέρας, μητέρα, παππούς, κλπ) |  |
| Α.Δ.Τ. |  |
| ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  |
| ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ |  |
| ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ** |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ |  |
| ΣΧΕΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑ (πατέρας, μητέρα, παππούς, κλπ) |  |
| Α.Δ.Τ. |  |
| ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  |
| ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ |  |
| ΚΙΝ. ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ |  |

Σε περίπτωση διάστασης ή διαζευκτηρίου, παρακαλείσθε να συμπληρώσετε τα παρακάτω και αν κρίνετε αναγκαίο, να προσκομίσετε στο σχολείο απόσπασμα της απόφασης, όπου αναγράφεται ποιος από τους δυο γονείς ασκεί την επιμέλεια του τέκνου και αν υφίσταται κοινή μέριμνα αυτού.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΕΚΝΟΥ: ………………………………………………..

**Θέλω να ενημερώνομαι στο email**

 **του πρώτου κηδεμόνα........**

**του δεύτερου κηδεμόνα.......**

**και των δύο..............**

**Σημειώστε ΝΑΙ στην επιλογή που επιθυμείτε.**

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

* ασκώ νομίμως την κηδεμονία του/της μαθητή/τριας του σχολείου
* Παρακαλώ να εγγράψετε τον/την μαθητή/τρια, τα στοιχεία του/της οποίου/ας αναγράφονται ανωτέρω, στην Α΄ τάξη του 5ου Γυμνασίου Νέας Σμύρνης για το σχολικό έτος 2023-24.
* Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι το σχολείο θα με ενημερώνει για τη φοίτηση (απουσίες) του/της μαθητή/τριας μέσω της διεύθυνσης ηλ. ταχυδρομείου που δήλωσα ανωτέρω.
* Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω το σχολείο για τους λόγους απουσίας του/της μαθητή/τριας στην ηλ. Διεύθυνση mail@5gym-n-smyrn.att.sch.gr **.**
* Αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίσω στο σχολείο, μέχρι τα τέλη Σεπτεμβρίου 2023, το **Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή (ΑΔΥΜ)**, το οποίο είναι απαραίτητο για τη συμμετοχή του/της μαθητή/τριας στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής. Σε περίπτωση αίτησης απαλλαγής από το μάθημα της Φυσικής Αγωγής, οφείλω να προσκομίσω ιατρική βεβαίωση για την απαλλαγή, εντός πέντε ημερών από την έναρξη των μαθημάτων.
* Παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τη γνωστοποίηση των στοιχείων επικοινωνίας που έχω δηλώσει στο Δ.Σ. του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων[[2]](#footnote-2) ΝΑΙ: ....... ΟΧΙ: ........
* Για τον/τη μαθητή/τρια του/της οποίου/ας ασκώ τη γονική μέριμνα, παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την ανάρτηση στην ιστοσελίδα του σχολείου:
* Α. το ονοματεπώνυμο του/της μαθητή/τριας του/της οποίου/ας ασκώ τη γονική μέριμνα σε περίπτωση τιμητικών διακρίσεων ή συμμετοχής σε σχολικές δράσεις ΝΑΙ:...... ΟΧΙ:.........
* Β. φωτογραφίες και βίντεο στα οποία συμμετέχει ο/η μαθητής/τρια του/της οποίου/ας ασκώ τη γονική μέριμνα[[3]](#footnote-3) ΝΑΙ:...... ΟΧΙ:.........
* Παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τη δημιουργία λογαριασμού στο Πανελλήνιο Σχολικό Δίκτυο στο όνομα του/της μαθητή/τριας, για την χρήση των υπηρεσιών του Πανελληνίου Σχολικού Δικτύου για τις ανάγκες των μαθημάτων.(όπωςwebmail, eclass, e-learning, e-me. κ.λ.π.) .. ΝΑΙ:...... ΟΧΙ:.....
* Ενημερώνω το σχολείο για πιθανές παθήσεις για τις οποίες ο/η μαθητής/τρια λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή για πιθανές αλλεργίες / δυσανεξίες του/της σε φαρμακευτικές ουσίες.
* Επιτρέπω και συναινώ να του/της δοθεί φάρμακο από το στόμα, απλό παυσίπονο / αντιπυρετικό σε περίπτωση αιφνίδιας αδιαθεσίας.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ................................... Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

 ...........................................

 (υπογραφή)

1. Τα στοιχεία προορίζονται για χρήση από τη σχολική μονάδα και δεν δημοσιοποιούνται εκτός αυτής. [↑](#footnote-ref-1)
2. Τα στοιχεία χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την επικοινωνία του ΔΣ με τα μέλη του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων. [↑](#footnote-ref-2)
3. Το σχολείο, κατά την ανάρτηση οπτικού υλικού, λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία της προσωπικής εικόνας και των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των μαθητών. Σε περίπτωση μη παροχής συγκατάθεσης, ο/η μαθητής/τρια θα εξαιρείται από τις ομαδικές φωτογραφίσεις. [↑](#footnote-ref-3)