



ΔΗΜΟΣ ΚΑΣΣΑΝΔΡΑΣ
ΚΟΙΝΩΦΕΛΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΔΗΜΟΥ
ΚΑΣΣΑΝΔΡΑΣ Κ.Ε.ΔΗ.Κ.
ΤΜΗΜΑ: ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ (όπως αναγράφεται σε δημόσιο έγγραφο)
ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΦΥΛΛΟ: Άρρεν Θήλυ

ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ:
ΤΗΛ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.):
ΔΗΜΟΤΗΣ:
ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ:
ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
E-MAIL:
A.Φ.Μ.:
ΑΜΚΑ:
Δ.Ο.Υ.:

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

1.....

Εγγράφεται με την υπ' αριθμ.πρωτ. απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Κοινοφελούς Επιχείρησης του Δήμου Κασσάνδρας.

Αρ. Πρωτοκόλλου:
Ημερομηνία:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την εγγραφή του παιδιού μου για το σχολικό έτος 2024 – 2025 στο Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (ΚΔΑΠ) Πευκοχωρίου του Δήμου Κασσάνδρας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.):
ΔΗΜΟΤΗΣ:
ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ:
ΤΗΛ.ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
A.Φ.Μ.:
ΑΜΚΑ:
E-MAIL:
Δ.Ο.Υ.:

Αριθμός τέκνων στην οικογένεια :

Σημειώνεται εφόσον προκύπτει διαθεσιμότητα θέσης για τις συγκεκριμένες δραστηριότητες	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Παρακολούθηση αθλητικών δραστηριοτήτων:		
Παρακολούθηση καλλιτεχνικών δραστηριοτήτων:		

ΟΝΟΜΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΟΥ	
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	
ΟΝΟΜΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ	
ΥΠΟΓΡΑΦΗ	

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		Τίθεται X σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
ΒΑΣΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ		
1	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης	
2	Ιατρική βεβαίωση υγείας του παιδιού (το έντυπο χορηγείται από την υπηρεσία).	
3	Πράξη Διοικητικού Προσδιορισμού Φόρου (Εκκαθαριστικό Σημείωμα) του τρέχοντος οικονομικού έτους.	
4	Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή, εφόσον σχετικό Ατομικό Δελτίο έχει ήδη εκδοθεί για την υποβολή του στην σχολική μονάδα που φοιτά το παιδί, είναι δυνατόν να προσκομίζεται αντίγραφο του.	
5	Για την εγγραφή παιδιού αλλοδαπών γονέων στο σταθμό εκτός των προαναφερόμενων δικαιολογητικών απαραίτητη προϋπόθεση είναι και η άδεια νόμιμης παραμονής στη χώρα μας όπως αυτή αποδεικνύεται από τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις.	
6	Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986 με την οποία ο γονέας θα δηλώνει τη συγκατάθεσή του για την περαιτέρω επεξεργασία [από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Δήμου] των προσωπικών δεδομένων τους, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, που τηρούνται για την υλοποίηση της εγγραφής- επανεγγραφής των παιδιών και για το σκοπό εξαγωγής στατιστικών δεδομένων στο πλαίσιο της διενέργειας ερευνών και της εκπόνησης μελετών για τις ανάγκες του Δήμου. Σε κάθε περίπτωση διατηρούν τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11, 12 και 13 του Ν.2472/97.	

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το Ν.Π.Ι.Δ. με την επωνυμία «Κοινωνικής Επιχείρησης Δήμου Κασσάνδρας», με το διακριτικό τίτλο «Κ.Ε.ΔΗ.Κ.» αποτελεί τον υπεύθυνο επεξεργασίας κατά το νόμο (Γενικός Κανονισμός ΕΕ 2016/679) όσον αφορά την επεξεργασία των ως άνω προσωπικών δεδομένων (στοιχεία ταυτοποίησης παιδιού και γονέων, στοιχεία οικογενειακής κατάστασης, προσωπικά στοιχεία και ιατρικές βεβαιώσεις). Το ΚΕΔΗΚ έχει την έδρα του στην Καλλιθέα Χαλκιδικής, Τ.Κ. 63077 και τα στοιχεία επικοινωνίας του είναι: τηλ. 23740 20064, email: kedik@otenet.gr

Επίσης, η ΚΕΔΗΚ έχει ορίσει υπεύθυνο προστασίας δεδομένων, η ηλεκτρονική διεύθυνση του οποίου είναι η εξής: dpo@kedikassandras.gr

Η ΚΕΔΗΚ συλλέγει και επεξεργάζεται τα ως άνω δεδομένα και φέρει την ιδιότητα του Υπευθύνου Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων σύμφωνα με τη νομοθεσία (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων 2016/679/ΕΕ), καθορίζοντας το σκοπό και ορίζοντας τα μέσα της επεξεργασίας αυτών. Τα δεδομένα αυτά θα χρησιμοποιηθούν για την εγγραφή στο ΚΔΑΠ και δεν πρόκειται να διαβιβαστούν σε τρίτους. Τα δεδομένα διατηρούνται για μια πενταετία μετά την αποχώρηση του παιδιού, λαμβάνονται δε τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα προστασίας τους, σύμφωνα με το νόμο. Η επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον (άρθρο 6 παρ. 1 ε' ΓΚΠΔ), ενώ η επεξεργασία των δεδομένων υγείας του παιδιού γίνεται διότι οι ασκούντες τη γονική μέριμνα του παιδιού έχουν παράσχει τη συγκατάθεσή τους στην επεξεργασία (άρθρο 9 παρ. 2 α' ΓΚΠΔ). Τα δεδομένα αυτά δε διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς.

Έλαβα/λάβαμε γνώση ότι η παροχή δεδομένων είναι απαραίτητη για την εγγραφή του παιδιού στο ΚΔΑΠ και ότι αν δεν τα παρέχω/παρέχουμε δε θα είναι αυτό δυνατό.

Έλαβα/λάβαμε γνώση του δικαιώματος υποβολής αιτήματος στον υπεύθυνο επεξεργασίας για πρόσβαση, και διόρθωση ή διαγραφή ή περιορισμό επεξεργασίας των δεδομένων που με αφορούν, το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης και το δικαίωμα αντίταξης στην επεξεργασία, υπό τους περιορισμούς της κείμενης νομοθεσίας (άρθρα 17 παρ. 3 στοιχ. β', 20 παρ. 3 και 23 Κανονισμού 2016/679). Περαιτέρω, η ΚΕΔΗΚ έχει σε κάθε περίπτωση δικαίωμα να αρνηθεί το αίτημα για περιορισμό της επεξεργασίας ή διαγραφή των δεδομένων σας εάν η επεξεργασία ή η τήρηση των δεδομένων είναι απαραίτητη για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη εννόμου συμφέροντός της, νομίμων δικαιωμάτων της ή τη συμμόρφωσή της με έννομες υποχρεώσεις της σύμφωνα με τα υπό 1 και 3 ανωτέρω αναφερόμενα. Τα δικαιώματα αυτά ασκούνται είτε με την αποστολή επιστολής στην ως άνω διεύθυνση, είτε με ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση ηλ. ταχυδρομείου: kedik@otenet.gr.

Επίσης, έλαβα/λάβαμε γνώση ότι για τυχόν καταγγελία έχω/έχουμε το δικαίωμα άσκησης καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Δνση: Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα). Για την αρμοδιότητα της Αρχής και τον τρόπο υποβολής καταγγελίας, μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της (www.dpa.gr -> Τα δικαιώματά μου -> Υποβολή καταγγελίας), όπου υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες.

ΚΑΛΛΙΘΕΑ,/...../202..

Ο/Η ΑΙΤ

Ονοματεπώνυμο-υπογραφή



Υποβάλλεται μία για κάθε γονέα

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⁾ :									
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. Τηλεομοιότυπου (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:

α. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συμμετοχής στα προγράμματα του ΚΔΑΠ του Δήμου Κασσάνδρας και

β. δίνω τη συγκατάθεσή μου για την περαιτέρω επεξεργασία [από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Δήμου] των προσωπικών δεδομένων μου, συμπεριλαμβανομένων και των ευαίσθητων, που τηρούνται για την υλοποίηση της εγγραφής- επανεγγραφής του παιδιού μου και για το σκοπό εξαγωγής στατιστικών δεδομένων στο πλαίσιο της διενέργειας ερευνών και της εκπόνησης μελετών για τις ανάγκες του Δήμου. Σε κάθε περίπτωση διατηρώ τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11, 12 και 13 του Ν.2472/97.

Ημερομηνία:20.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(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 στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



-Μόνο για συμμετοχή στις αθλητικές δραστηριότητες
-Υποβάλλεται μία για κάθε γονέα

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⁾ :									
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:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιότυπου (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:

α. δέχομαι να συμμετάσχει το παιδί μου/ τα παιδιά μου στις αθλητικές δραστηριότητες και του ΚΔΑΠ για την περίοδο 20.... – 20....,

β. η ιατρική βεβαίωση (όπισθεν) είναι αληθής και

γ. έλαβα γνώση και αποδέχομαι όλους τους κανόνες και τους όρους συμμετοχής στα προγράμματα του ΚΔΑΠ και στους αθλητικούς χώρους.

Ημερομηνία:20.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(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 δηλούντα ή την δηλούσα.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

(για άτομα έως 12 ετών)

Απαιτείται για όλες τις αθλητικές δραστηριότητες

Βεβαιώνεται ότι εκ του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης ο/η
....., δε φέρει κάποιο χρόνιο ή μεταδοτικό νόσημα και είναι υγιής να
συμμετάσχει σε αθλητικές δραστηριότητες.

...../...../.....

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

(Υπογραφή & σφραγίδα)

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
(Να συμπληρωθεί από τον Παιδίατρο)

Όνοματεπώνυμο:					
1.	Ημερομηνία Γέννησης:				
2.	Βάρος Σώματος:				
3.	Χρόνιο Νόσημα:				
4.	Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές κ.λ.π):				
5.	Ανάπτυξη (Ψυχοσυναισθηματική, Κινητική, Ομιλία, κτλ):				
6.	Έλλειψη G6PD:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>		ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
7.	Επεισόδιο Σπασμών:	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>		ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
8.	Εάν ΝΑΙ αιτία σπασμών:				
9.	Υπάρχουν Φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει ?				
10.	Άλλες παρατηρήσεις:				

Βεβαιώνεται ότι ο / η
της/του έχει καλή υγεία, είναι κλινικά υγιής
και μπορεί να φιλοξενηθεί στο Κ.Δ.Α.Π. της Κ.Ε.ΔΗ.Κ. και να συμμετέχει στις
δραστηριότητές του.

Ημερομηνία...../...../.....

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή-σφραγίδα)

***Εφόσον ήδη έχει εκδοθεί για την υποβολή του στη σχολική μονάδα που φοιτά το παιδί, να προσκομιστεί αντίγραφο Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή**