

## 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 <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
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 της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

**1) Τα μέλη της οικογένειας μου είναι:**

**2) Τον/την**

**θα παραλαμβάνει από το σταθμό ο/η**

**3) Η Δ/ση Κατοικίας μου είναι:**

**Τηλ. Κατοικίας:**

**4) Η Δ/ση Εργασίας μου είναι:**

**Τηλ. Εργασίας:**

**5) Η Δ/ση Εργασίας της μητέρας μου είναι:**

**Τηλ. Εργασίας:**

**6) Κινητό Μητέρας:**

**Κινητό Πατέρα:**

Ημερομηνία: 2011

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

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΗΠΙΩΝ

<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:</b> ..... <b>Ημερομηνία Γέννησης:</b> .....
--

1. Περιγεννητική κατάσταση:.....
2. Ψυχοκινητική κατάσταση:.....
3. Ομιλία:.....
4. Σε καταφατικές περιπτώσεις σημειώστε με X το ανάλογο τετράγωνο:

ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Σημειώστε με X	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Σημειώστε με X	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Ιλαρά			Αλλεργία και που		
Ερυθρά			Σπαστική Βρογχίτης		
Παρωτίτιδα			Επιληψία		
Ανεμοβλογιά			Πυρετικοί Σπασμοί		
Οστρακιά			Έλλειψη G6PD		

Άλλα νοσήματα:.....

### 5. Χειρουργικές επεμβάσεις

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6. Παίρνει φάρμακα για χρόνιο νόσημα:.....

### 7. Εμβόλια (συμπληρώστε ημερομηνίες)

ΕΜΒΟΛΙΟ	ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΟΣΕΩΝ			
		1 <sup>η</sup>	2 <sup>η</sup>	3 <sup>η</sup>	4 <sup>η</sup>
Di					
Te					
Per					
Sabin ή IPV					
Hib					
Ηπατίτιδα Β					
Mantoux					
BCG					
Ιλαράς-Ερυθράς- Παρωτίτιδας					
Μηνιγγίτιδας C					
Πνευμονιόκκοκου					
Ανεμοβλογιάς					
Γρίπης					
Ηπατίτιδας Α					
Άλλα εμβόλια					

Για ειδικές περιπτώσεις το πιστοποιητικό υγείας θα συνοδεύεται και από έκθεση του ειδικού: (Ψυχολόγου ή Λογοθεραπευτή ή Αναπτυξιολόγου )

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ, ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ**