***ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ***

Λαμβάνοντας υπόψη ότι, η επαναλειτουργία των δημόσιων σχολείων επιβάλλει την εφαρμογή Υγειονομικών Πρωτοκόλλων για την υγειονομική ασφάλεια όλων των μαθητών/τριών που φοιτούν στα Ειδικά Σχολεία, στις Ειδικές Μονάδες ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα υγείας και προσαρμογής, και των οποίων οι ανάγκες εξυπηρετούνται από σχολικούς βοηθούς/συνοδούς, θα πρέπει να ληφθούν ειδικά ή ενισχυμένα προστατευτικά μέτρα, προτού η συγκεκριμένη ομάδα παιδιών παρουσιαστεί στα σχολεία για φοίτηση.

Το Υπουργείο Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας (ΥΠΠΑΝ), μετά από συνεννόηση και καθοδήγηση από το Υπουργείο Υγείας, συστήνει Ειδική Επιτροπή, η οποία θα εξετάσει την κάθε περίπτωση ξεχωριστά, βάσει της ιατρικής αξιολόγησης του θεράποντος ιατρού.

Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω στοιχεία για να προωθηθεί το παρόν έντυπο στην Ειδική Επιτροπή.

## **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ:**

Ονοματεπώνυμο: ……………………………………………………………………………….

Ημερομηνία γέννησης: …………………………………………………………………………

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: ……………………………

Σχολείο φοίτησης: ………………………………………………………………………………..

**Β. ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ:**

**1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** ………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….

**2. ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ (επισυνάπτεται σχετική ιατρική έκθεση):** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. ΣΥΣΤΑΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:**

Συστήνεται η φοίτηση του παιδιού στο σχολείο

Δεν συστήνεται η φοίτηση του παιδιού στο σχολείο

**4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:**

Ονοματεπώνυμο: ……………………………………………………………………………………...

Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού: …………………………………………...........................

Τηλέφωνο επικοινωνίας: ………………………………………………………………………

**Γ. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ/ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ:**

Ο/Η…………………………………………………………………… γονέας/κηδεμόνας του πιο πάνω παιδιού, βεβαιώνω ότι έλαβα γνώση και επιθυμώ, όπως το παιδί μου φοιτήσει στο σχολείο, γνωρίζοντας το Υγιειονομικό Πρωτόκολλο που πρέπει να ακολουθείται, καθώς και τους κινδύνους που ενδεχομένως μπορεί να υπάρξουν. Αποδέχομαι όπως, λόγω του επείγοντος της διαδικασίας, το παρόν έντυπο αποσταλεί και με τηλεομοιότυπο στο ΥΠΠΑΝ.

Ονοματεπώνυμο πατέρα: …………………………………. Υπογραφή πατέρα: ………………………….

Ονοματεπώνυμο μητέρας: ……………………………… Υπογραφή μητέρας: …………………………

***Σημειώνεται ότι απαιτείται η υπογραφή και των δύο γονέων σε περίπτωση που είναι διαζευγμένοι ή σε διάσταση, ή σε περίπτωση που η γονική μέριμνα έχει ανατεθεί, μετά από απόφαση του Δικαστηρίου, και στους δύο γονείς.***

**Δ. ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:**

Σύμφωνα με τα πιο πάνω, **εγκρίνεται** η φοίτηση του παιδιού στο σχολείο με τα ακόλουθα προστατευτικά μέτρα:

……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Σύμφωνα με τα πιο πάνω, **δεν εγκρίνεται** η φοίτηση του παιδιού στο σχολείο για τους ακόλουθους λόγους:

……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ονοματεπώνυμα και υπογραφές Μελών Ειδικής Επιτροπής:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Τα περιεχόμενα του παρόντος εντύπου διέπονται από τις πρόνοιες του Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Νόμου