

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ
(συμπληρώνεται αποκλειστικά από ιατρό ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____ ΟΝΟΜΑ : _____

ΤΑΞΗ : _____ ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

Ο ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΙΝΑΚΑ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ :	ΕΥΡΗΜΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ
1. ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ			
2. ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ			
3. ΠΟΙΚΙΛΟΧΡΟΥΣ ΠΥΤΙΡΙΑΣΗ			
4. ΕΡΠΗΤΑΣ ΧΕΙΛΕΩΝ			
5. ΨΕΙΡΕΣ Ή ΚΟΝΙΔΕΣ			
6. ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ ΔΑΧΤΥΛΩΝ Ή ΜΗΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΠΤΥΧΩΝ			

13. Η βεβαίωση χορηγείται στον/στην ανωτέρω μαθητή/τρια για σχολική χρήση και κολύμβηση.

Ημερομηνία εξέτασης : _____

Υπογραφή – σφραγίδα

(ΓΙΑΤΡΟΥ)

«ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ-ΚΗΔΕΜΟΝΑ»

Ο/Η υπογράφων/α _____ γονέας
του/της μαθητή/ας _____ της _____ τάξης των
εκπαιδευτηρίων «ΦΡΑΓΚΗ – ΛΑΚΩΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ – ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ –
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ» , δηλώνω υπεύθυνα προς τη Δ/νση των ανωτέρω
εκπαιδευτηρίων, ότι ανεπιφύλακτα αποδέχομαι συναινώ και επιτρέπω το ανωτέρω παιδί
μου , να συμμετέχει σε όλες τις προγραμματισμένες εξωσχολικές και εσωσχολικές
εκπαιδευτικές – πολιτιστικές – μορφωτικές – αθλητικές εκδρομές – εκδηλώσεις και
δραστηριότητες με σχολικό ή με μισθωμένο λεωφορείο στη διάρκεια της πενθήμερης
λειτουργίας του σχολείου, σύμφωνα με σχετικές εγκυκλίους των εκπαιδευτηρίων, που
μου κοινοποιούνται με έντυπο ή είναι αναρτημένες στην ηλεκτρονική πλατφόρμα τους,
όπως επίσης και να συμμετέχει στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής , που περιλαμβάνει
γυμναστική και κολύμβηση (έχω ήδη ενημερωθεί εγγράφως και αποδεχθεί δια της
παρούσης τη λειτουργία κ.λπ. του κολυμβητηρίου) καθ' όλη τη διάρκεια του σχολικού
έτους, με την υποχρέωση να προσκομίσω έγκαιρα τα πιστοποιητικά υγείας του παιδιού
μου , από τους αρμόδιους - υπεύθυνους ιατρούς.

Ο/Η Υπεύθυνα Δηλών/α

Ημ/νία : _____

----- (υπογραφή)