



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΙΝΩΑ ΠΕΔΙΑΔΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ

Αρ. Πρωτοκόλλου :

Ημερομηνία :

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗΣ

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την επανεγγραφή του παιδιού μου στον Παιδικό Σταθμό Δ.Ε. Αρκαλοχωρίου

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ (όπως αναγράφεται σε δημόσιο έγγραφο)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΦΥΛΟ

	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		
ΠΕΡΙΟΧΗ - Τ.Κ.		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΥΓΓΕΝΗ		
Α.Δ.Τ. ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤ.		

Ασφαλιστικός φορέας	ΙΚΑ	ΟΓΑ	ΑΛΛΟ :	ΠΡΟΝΟΙΑΣ
	ΟΑΕΕ	ΔΗΜΟΣΙΟΥ		

ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ		ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ		ΜΗΤΕΡΑ	
---------------------------	--	-----------	---------	--	--------	--

ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
------------	---------------	--	----------	--

Κατηγορίες για τις οποίες απαιτείται η προσκόμιση των αντίστοιχων δικαιολογητικών *					
1. Υπάλληλοι	Υπηρεσία				
2. Στρατευμένοι			6. Αριθμός Παιδιών Οικογένειας		
3. Σπουδαστές – Φοιτητές			7. Παιδί ή γονέας που ανήκει σε ομάδα ΑΜΕΑ με Π.Α. 65%		
4. Δημότες ή Κάτοικοι					
5. ***	Παιδί ορφανό		Τέκνο γεννημένο χωρίς γάμο των γονιών του		Διαζευγμένοι ή σε διάσταση

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργος		Ιδιωτικός Τομέας	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας		Δημόσιο. Τ.Α, ή τα Ν.Π.Δ.Δ. αυτών	
Αγρότης			ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	

Συνημμένα σας καταθέτω τα παρακάτω δικαιολογητικά :		
1.	Βεβαίωση εργοδότη .	
2.	Βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα ότι έχουν καταβληθεί ή ρυθμιστεί οι εισφορές.	
3.	Ατομική κάρτα υγείας παιδιού συμπληρωμένη από τον παιδίατρο .	
4.	Αντίγραφο της σελίδας εμβολιασμού του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού.	
5.	Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος .	
6.	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης .	
7.	Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας .	
8.	Υπεύθυνη δήλωση για την παραλαβή του νηπίου από το σταθμό .	
9.	Υπεύθυνη δήλωση καταβολής τροφείων .	
10.	Άδεια νόμιμης παραμονής .	
11.	Βεβαίωση από αρμόδια στρατιωτική υπηρεσία.	
12.	Βεβαίωση τελευταίου εξαμήνου σπουδών από τη Γραμματεία της Σχολής.	
13.	Αντίγραφο δελτίου ανεργίας σε ισχύ .	
14.	Αντίγραφο της εγκριτικής απόφασης επιδότησης του Ο.Α.Ε.Δ.	
15.	Βεβαίωση Υγειονομικής Επιτροπής ή βεβαίωση από Δημόσιο Νοσοκομείο.	
16.		

Ο ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ