



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΛΑΙΑΣ

ΥΠΑΝ ΔΔΕ 46

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ/ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ/ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

ΣΧΟΛΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ:

Ονοματεπώνυμο παιδιού:

Τάξη:

**ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΑΘΗΤΩΝ/ΡΙΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

Στο πλαίσιο του Πρωτοκόλλου υποστήριξης μαθητών/ριών με αιματολογικές και ογκολογικές παθήσεις στην εκπαίδευση, απαιτείται η γραπτή συγκατάθεσή σας για συγκεκριμένες διαδικασίες, ώστε να επιταχύνονται οι απαραίτητες ενέργειες και η παροχή εκπαίδευσης να μπορεί να προσαρμόζεται άμεσα στο παιδί σας και στις ανάγκες του.

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, παρακαλώ συμπληρώστε ✓ ανάλογα:

ΔΗΛΩΣΗ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ
1. Επικοινωνία και συνεργασία για σκοπούς εφαρμογής του Πρωτοκόλλου Επιτρέπω την επικοινωνία και συνεργασία ανάμεσα στη σχολική μονάδα, στον/στη Συντονιστή/Συντονίστρια Εκπαιδευτικής Συνέχειας και στις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας, Αθλητισμού και Νεολαίας, για θέματα που αφορούν στην εκπαιδευτική πορεία και στη φοίτηση του παιδιού μου.		
2. Κοινοποίηση αναγκαίων πληροφοριών υγείας και φοίτησης Αποδέχομαι την απολύτως αναγκαία κοινοποίηση πληροφοριών που αφορούν στην υγεία και στη φοίτηση του παιδιού μου μόνο σε εκπαιδευτικούς και λειτουργούς που χρειάζεται να τις γνωρίζουν, για λόγους ασφάλειας και οργάνωσης της εκπαιδευτικής στήριξης, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Την πληροφόρηση δίνει ο/η Διευθυντής/ Διευθύντρια του σχολείου που φοιτά το παιδί.		
3. Ενημέρωση του σχολείου από τον/τη θεράπων ιατρό Επιτρέπω, όπου κρίνεται αναγκαίο, την επικοινωνία του/της θεράποντος ιατρού του παιδιού μου με τη σχολική μονάδα και/ή τον/τη Συντονιστή/Συντονίστρια Εκπαιδευτικής Συνέχειας, για τη διαβίβαση βασικών ιατρικών οδηγιών που σχετίζονται με την ασφάλεια, τη φοίτηση και τη συμμετοχή του παιδιού μου στη σχολική ζωή.		

ΔΗΛΩΣΗ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ
4. Τηλεδιάσκεψη και άλλες μορφές εξ αποστάσεως επικοινωνίας Συμφωνώ να αξιοποιούνται, όταν χρειάζεται, εργαλεία τηλεδιάσκεψης και άλλες μορφές εξ αποστάσεως επικοινωνίας (π.χ. συμμετοχή σε μάθημα ή επικοινωνία με την τάξη), για τη διατήρηση της σύνδεσης του παιδιού μου με το σχολείο και για παροχή εκπαιδευτικής στήριξης.		
5. Προσαρμογές στο ωρολόγιο πρόγραμμα, στις δραστηριότητες και στη λειτουργική καθημερινότητα Αποδέχομαι ότι, με βάση τις ιατρικές εισηγήσεις που μεταφέρω στο σχολείο, μπορούν να γίνουν οι απαραίτητες προσαρμογές στο ωρολόγιο πρόγραμμα, στη συμμετοχή του παιδιού μου σε μαθήματα και δραστηριότητες και στον τρόπο παραμονής του στον σχολικό χώρο, ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια και η φροντίδα του.		
6. Συγκατάθεση για ευέλικτη εκπαίδευση (κατ' οίκον, εξ αποστάσεως ή μικτή μορφή) Δίνω τη συγκατάθεσή μου για την παροχή ευέλικτης εκπαίδευσης στο παιδί μου (κατ' οίκον, εξ αποστάσεως ή μικτή μορφή), όταν αυτό κριθεί αναγκαίο λόγω της κατάστασης της υγείας του, σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπει το Πρωτόκολλο. Γνωρίζω ότι για την ενεργοποίηση της ευέλικτης εκπαίδευσης απαιτείται και η συμπλήρωση του Εντύπου ΥΠΑΝ ΔΔΕ 47 (Αίτημα για ευέλικτη εκπαίδευση).		

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα:
Τηλέφωνο επικοινωνίας:
Ηλεκτρονική διεύθυνση:

Υπογραφή:
Ημερομηνία:/...../.....

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Σε περίπτωση που σε οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε να διαφοροποιήσετε τις πιο πάνω δηλώσεις σας, παρακαλώ να ενημερώσετε, γραπτώς, το σχολείο.