

ΑΡ. ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ .....

1. ΣΧΟΛΕΙΟ: ..... ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: .....

2. ΟΝΟΜΑ ΜΑΘΗΤΗ: .....

3. ΤΑΞΗ: ..... ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

4. ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ: .....

5. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ:

α) Πότε συνέβηκε το ατύχημα : Ημερομηνία : ..... ώρα ..... π.μ./μ.μ.

β) Βρισκόταν στο σχολείο όταν συνέβη το ατύχημα : (ΝΑΙ/ΟΧΙ) .....

γ) Δώστε μια σύντομη περιγραφή του ατυχήματος : .....

.....

δ) Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δυο ατόμων που ήταν παρόντες : .....

i) .....

ii) .....

ε) Ποιές σωματικές βλάβες υπέστη από το ατύχημα : .....

.....

7. ΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ή ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΣΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ :

α) Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής: .....

.....

β) Ημερομηνία εισόδου ..... ώρα ..... π.μ./μ.μ.

Ημερομηνία εξόδου ..... ώρα ..... π.μ./μ.μ.

Υπογραφή Γονέα .....

**ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ / ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ**

- Δηλώνω ότι το πιο πάνω ατύχημα συνέβηκε κατά την ώρα λειτουργίας του σχολείου.

- Έλαβα γνώση του ατυχήματος το οποίο συνέβηκε εκτός ωρών λειτουργίας του σχολείου.

Υπογραφή και Σφραγίδα

Επισυνάπτονται πρωτότυπες αποδείξεις ιατρικών εξόδων. ....

Οι αποδείξεις ιατρικών εξόδων θα ακολουθήσουν.