**ΠΡΟΤΥΠΕΣ ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ**

*\*\*\* Εννοείται ότι στην αρχή κάθε βεβαίωσης μπορείτε να βάλετε τα στοιχεία του ιατρείου σας (λογότυπος, ονοματεπώνυμο, διεύθυνση κλπ). Κάντε copy-paste το πρότυπο που σας ενδιαφέρει*

**Υπόδειγμα επ’ αόριστον Γονικής Συγκατάθεσης**

***(Πλήρως εναρμονισμένο με τον GDPR & το νομικό πλαίσιο της ιατρικής δεοντολογίας)***

**ΕΠ ΑΟΡΙΣΤΟΝ ΓΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ**

**Ο/Η υπογεγραμμένος/-η [Ονοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα],  
κάτοικος [Διεύθυνση],  
με ΑΔΤ [Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας],  
γονέας/κηδεμόνας του ανηλίκου [Ονοματεπώνυμο Παιδιού], γεννημένου/-ης την [Ημερομηνία Γέννησης],**

**ΣΥΝΑΙΝΩ ΡΗΤΩΣ και παρέχω επ’ αόριστον συγκατάθεση στην/στον παιδίατρο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Διεύθυνση:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Τηλ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**να εκδίδει και να μου παρέχει ή να διαβιβάζει, κατόπιν σχετικού αιτήματος μου, ιατρικές βεβαιώσεις, γνωματεύσεις ή διοικητικά έγγραφα που αφορούν την κατάσταση υγείας του ανωτέρω παιδιού, αποκλειστικά για χρήση:**

* **από εκπαιδευτικούς φορείς (παιδικούς σταθμούς, σχολεία),**
* **από εργοδότες ή δημόσιους/ασφαλιστικούς οργανισμούς, στο πλαίσιο άδειας γονέα,**
* **από ασφαλιστικές εταιρείες για σκοπούς κάλυψης ή αποζημίωσης,**
* **καθώς και για λοιπές μη διαγνωστικές ή μη θεραπευτικές πράξεις διοικητικής φύσης,  
  εφόσον τηρούνται οι αρχές προστασίας δεδομένων και το ιατρικό απόρρητο.**

**Κατανοώ ότι διατηρώ το δικαίωμα να ανακαλέσω ανά πάσα στιγμή τη συγκατάθεσή μου, κατόπιν σχετικής γραπτής ειδοποίησης προς τον ιατρό.**

**Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Επιβεβαίωση λήψης από τον ιατρό (προαιρετικά):  
[Υπογραφή / σφραγίδα ιατρού]**

***Πρακτικές οδηγίες χρήσης:***

* ***Μπορείτε να σκανάρετε ή να κρατάτε πρωτότυπο στο φάκελο του παιδιού.***
* ***Να υπάρχει η δυνατότητα τροποποίησης/ανακλήσεως κατόπιν αιτήματος του γονέα.***
* ***Είναι σκόπιμο να επαναβεβαιώνεται περιοδικά (π.χ. ανά διετία) ή σε περίπτωση αλλαγής σχολείου/ασφαλιστή κ.λπ.***

**ΠΡΟΤΥΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ**

***(Κατάλληλη για σχολεία, παιδικούς σταθμούς, αθλητικές/μαθητικές δραστηριότητες, ασφαλιστικές εταιρείες, κατασκηνώσεις κ.ά.)***

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

**Βεβαιώνεται ότι ο/η:**

**Ονοματεπώνυμο Παιδιού: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202  
Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Κατά την τρέχουσα κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι:**

* **είναι κλινικά υγιής κατά την παρούσα εξέταση,**
* **δεν παρουσιάζει συμπτώματα μεταδοτικού νοσήματος,**
* **έχει φυσιολογική ανάπτυξη σύμφωνα με την ηλικία του/της,**
* **είναι ικανός/ή να συμμετέχει σε φυσικές και αθλητικές δραστηριότητες,**
* **παρακολουθείται συστηματικά για την υγεία του/της και είναι ενήμερο το πρόγραμμα εμβολιασμού, σύμφωνα με τις ισχύουσες εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες.**

**Η παρούσα βεβαίωση συντάσσεται κατόπιν προσωπικής κλινικής αξιολόγησης και χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.**

**Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202**

**Ο/Η Παιδίατρος**

*Εικόνα που περιέχει σκίτσο/σχέδιο, ζωγραφιά, clipart, τέχνη με γραμμές

Το περιεχόμενο που δημιουργείται από τεχνολογία AI ενδέχεται να είναι εσφαλμένο.*

***Η παρούσα βεβαίωση συντάχθηκε από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων και εκδίδεται από τον παιδίατρο, σύμφωνα με τις οδηγίες που του έχουν κοινοποιηθεί.***

*Εκδίδεται κατόπιν αιτήματος του γονέα/κηδεμόνα και παραδίδεται απευθείας σε αυτόν. Τηρείται αντίγραφο στο ιατρικό αρχείο μόνο για τον σκοπό απόδειξης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις αρχές του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ 2016/679) και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας. Ο/η γονέας/κηδεμόνας έχει ενημερωθεί για τα δικαιώματά του/της και έχει παράσχει ρητή συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας του/της ανηλίκου.*

*Παρατηρήσεις:*

* *Δεν χρειάζεται να δηλώνετε "το παιδί είναι υγιές" ή "δεν πάσχει από κάτι", εφόσον αυτό δεν προκύπτει από αναλυτικό ιστορικό και τεκμηριωμένο έλεγχο.*
* *Σε κάθε περίπτωση, τεκμηριώνετε ότι η κλινική εκτίμηση έγινε και αποφεύγετε δεσμευτικές δηλώσεις πρόγνωσης ή γενικές διαβεβαιώσεις.*
* *Αν ένας φορέας επιμένει σε δική του φόρμα, μπορείτε να αποστείλετε την παραπάνω βεβαίωση με επισυναπτόμενη συνοδευτική επιστολή (βλέπε πιο κάτω) όπου εξηγείτε ότι ο ιατρός εκδίδει ιατρικά έγγραφα με βάση τις ιατρικές αρχές και όχι επιβαλλόμενα έντυπα τρίτων.*

**Παιδί με χρόνιο νόσημα – βλέπε ιατρική βεβαίωση στην επόμενη σελίδα**

**1. Βασικές αρχές σύνταξης**

**Η βεβαίωση**

* **Να μην περιλαμβάνει αναλυτικές ιατρικές λεπτομέρειες** ή ευαίσθητα δεδομένα (εκτός αν απαιτείται και έχετε συναίνεση).
* **Να αναφέρεται στο είδος της κατάστασης** (π.χ. «χρόνιο αναπνευστικό νόσημα», «νευροαναπτυξιακή διαταραχή», «τροφική αλλεργία» κ.λπ.) **χωρίς να προσδιορίζεται η διάγνωση με ιατρικούς όρους, εάν απευθύνεται σε μη ιατρικούς αποδέκτες.**
* Να είναι χρονολογημένη, **σαφής ως προς τον σκοπό** και να δηλώνεται ότι εκδόθηκε κατόπιν αιτήματος των γονέων.

**Γενική ιατρική βεβαίωση για παιδί με χρόνιο νόσημα (π.χ. για σχολείο ή παιδικό σταθμό)**

**Ιατρική Βεβαίωση**

**Βεβαιώνεται ότι ο/η:**

**Ονοματεπώνυμο Παιδιού: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202  
Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

παρακολουθείται από εμένα λόγω **χρόνιου ιατρικού προβλήματος** το οποίο απαιτεί συνεχή ιατρική παρακολούθηση και ορισμένες προσαρμογές στην καθημερινότητά του/της (π.χ. διατροφικές, κινητικές ή άλλες).

Η κατάστασή του/της είναι: [ ] σταθερή [ ] υπό ιατρική παρακολούθηση [ ] χρήζει υποστήριξης/μέτρων.  
Αναγκαίες προσαρμογές/οδηγίες για τη δραστηριότητα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Η χορήγηση της παρούσας γίνεται κατόπιν αιτήματος των γονέων/κηδεμόνων του παιδιού και με σεβασμό στο ιατρικό απόρρητο. Για οποιαδήποτε εξειδικευμένη πληροφορία ή διευκρίνιση αρμόδιος παραμένει ο θεράπων παιδίατρος, εντός του πλαισίου ιατρικής συναίνεσης και νομοθεσίας περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Η παρούσα δεν προορίζεται για χρήση σε ασφαλιστικό φορέα ή επιτροπή ΚΕΠΑ/Ιατρική Υπηρεσία χωρίς προηγούμενη γραπτή συγκατάθεση των γονέων/κηδεμόνων

\_\_\_ /\_\_\_ /202\_\_

**Υπογραφή Παιδιάτρου***(Ο/Η κάτωθι υπογράφων/-ουσα παιδίατρος βεβαιώνει την ακρίβεια των ιατρικών πληροφοριών και την έκδοση της παρούσας σύμφωνα με τις αρχές του GDPR)*

**Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα**  
*(Ο/Η γονέας/κηδεμόνας δηλώνει ότι ενημερώθηκε για το περιεχόμενο της βεβαίωσης, τα δικαιώματά του/της και συναινεί ρητά στη διαβίβαση των δεδομένων υγείας του/της παιδιού του/της)*

*Εικόνα που περιέχει σκίτσο/σχέδιο, ζωγραφιά, clipart, τέχνη με γραμμές

Το περιεχόμενο που δημιουργείται από τεχνολογία AI ενδέχεται να είναι εσφαλμένο.*

***Η παρούσα βεβαίωση συντάχθηκε από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων και εκδίδεται από τον παιδίατρο, σύμφωνα με τις οδηγίες που του έχουν κοινοποιηθεί.***

*Εκδίδεται κατόπιν αιτήματος του γονέα/κηδεμόνα και παραδίδεται απευθείας σε αυτόν. Τηρείται αντίγραφο στο ιατρικό αρχείο μόνο για τον σκοπό απόδειξης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις αρχές του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ 2016/679) και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας. Ο/η γονέας/κηδεμόνας έχει ενημερωθεί για τα δικαιώματά του/της και έχει παράσχει ρητή συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας του/της ανηλίκου.*

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**(Απαλλαγής από φυσικές ή σχολικές δραστηριότητες για παιδί με χρόνιο νόσημα)

**Ιατρική Βεβαίωση**

**Βεβαιώνεται ότι ο/η:**

**Ονοματεπώνυμο Παιδιού: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202  
Α.Μ.Κ.Α.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

βεβαιώνω υπευθύνως ότι ο/η ανήλικος/-η [Ονοματεπώνυμο Παιδιού], ηλικίας \_\_\_\_ ετών, παρακολουθείται ιατρικώς στο ιατρείο μου και αντιμετωπίζει **χρόνιο πρόβλημα υγείας**, το οποίο δεν επιτρέπει τη συμμετοχή του/της σε ορισμένες φυσικές ή σχολικές δραστηριότητες. Κατόπιν αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας του/της, **συστήνεται η προσωρινή ή μόνιμη απαλλαγή** του/της από τις εξής δραστηριότητες, ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες:

Φυσική Αγωγή (Μάθημα Γυμναστικής)

Σχολικές ή εξωσχολικές εκδρομές με σωματική καταπόνηση

Αθλοπαιδιές / αθλητικές διοργανώσεις

Άλλο (να αναφερθεί): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Η απαλλαγή ισχύει για χρονικό διάστημα **[π.χ. 3 μηνών / έως νεωτέρας επανεκτίμησης / για το σχολικό έτος 2024–2025]**, εκτός εάν προκύψει διαφορετική ιατρική σύσταση κατόπιν επανεξέτασης. Η παρούσα χορηγείται μετά από αίτημα του γονέα/κηδεμόνα και με σεβασμό στο ιατρικό απόρρητο. Δεν δύναται να χρησιμοποιηθεί για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους για τους οποίους εκδόθηκε, χωρίς προηγούμενη έγγραφη συγκατάθεση του γονέα.

\_\_\_ /\_\_\_ /202\_\_

**Υπογραφή Παιδιάτρου**  
*(Ο/Η κάτωθι υπογράφων/-ουσα παιδίατρος βεβαιώνει την ακρίβεια των ιατρικών πληροφοριών και την έκδοση της παρούσας σύμφωνα με τις αρχές του GDPR)*

**Υπογραφή Γονέα / Κηδεμόνα**  
*(Ο/Η γονέας/κηδεμόνας δηλώνει ότι ενημερώθηκε για το περιεχόμενο της βεβαίωσης, τα δικαιώματά του/της και συναινεί ρητά στη διαβίβαση των δεδομένων υγείας του/της παιδιού του/της)*

*Εικόνα που περιέχει σκίτσο/σχέδιο, ζωγραφιά, clipart, τέχνη με γραμμές

Το περιεχόμενο που δημιουργείται από τεχνολογία AI ενδέχεται να είναι εσφαλμένο.*

***Η παρούσα βεβαίωση συντάχθηκε από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων και εκδίδεται από τον παιδίατρο, σύμφωνα με τις οδηγίες που του έχουν κοινοποιηθεί.***

*Εκδίδεται κατόπιν αιτήματος του γονέα/κηδεμόνα και παραδίδεται απευθείας σε αυτόν. Τηρείται αντίγραφο στο ιατρικό αρχείο μόνο για τον σκοπό απόδειξης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις αρχές του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ 2016/679) και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας. Ο/η γονέας/κηδεμόνας έχει ενημερωθεί για τα δικαιώματά του/της και έχει παράσχει ρητή συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας του/της ανηλίκου.*

**ΠΡΟΤΥΠΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΦΟΡΕΑ ΠΟΥ ΖΗΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΔΙΚΗΣ ΤΟΥ ΦΟΡΜΑΣ**

**Στην περίπτωση που ο φορέας σας στείλει δική του έτοιμη φόρμα να συμπληρώσετε ή σας ζητά να το κάνετε διαδικτυακά, μπορείτε να τυπώσετε και να του κοινοποιήσετε την ξεχωριστή επιστολή της Ομοσπονδίας έτσι ώστε να ενημερωθεί για το τρέχον νομικό πλαίσιο, τις ευθύνες του και τα δικαιώματά μας**

***Παρατηρήσεις:***

* *Η επιστολή μπορεί να συνοδεύει την κανονική ιατρική βεβαίωση.*
* *Στην περίπτωση που ο φορέας επιμείνει, μπορείτε να ζητήσετε* ***επίσημη αιτιολόγηση*** *ή να παραπέμψετε τον ενδιαφερόμενο στην* ***Ομοσπονδία ή στον Ιατρικό Σύλλογο****.*

**Πρότυπη Ιατρική Βεβαίωση Επιστροφής στο Σχολείο**

**Ιατρική Βεβαίωση**

Βεβαιώνεται ότι ο/η μαθητής/τρια:  
**[Ονοματεπώνυμο Παιδιού]**,  
ημερομηνία γέννησης: **[Ημερομηνία]**,

Κατόπιν **κλινικής εκτίμησης που πραγματοποιήθηκε στο ιατρείο μου την \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202**  
δεν παρουσιάζει πλέον ευρήματα ενεργού λοίμωξης και δύναται να επιστρέψει στις σχολικές του/της δραστηριότητες στις **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202**

Η επιστροφή βασίζεται σε:

* την **κλινική βελτίωση** του παιδιού,
* την **απουσία συμπτωμάτων μεταδοτικότητας**,
* καθώς και σε **τυχόν οδηγίες του θεράποντος ιατρού / σχετικών οδηγιών δημόσιας υγείας**, εφόσον εφαρμόζονται.

Η βεβαίωση αφορά αποκλειστικά την παρούσα χρονική στιγμή και δεν συνιστά προγνωστική αξιολόγηση της μελλοντικής κατάστασης υγείας.

**Ημερομηνία**: **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202**

**Ο/Η Παιδίατρος**

*Εικόνα που περιέχει σκίτσο/σχέδιο, ζωγραφιά, clipart, τέχνη με γραμμές

Το περιεχόμενο που δημιουργείται από τεχνολογία AI ενδέχεται να είναι εσφαλμένο.*

***Η παρούσα βεβαίωση συντάχθηκε από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων και εκδίδεται από τον παιδίατρο, σύμφωνα με τις οδηγίες που του έχουν κοινοποιηθεί.***

*Εκδίδεται κατόπιν αιτήματος του γονέα/κηδεμόνα και παραδίδεται απευθείας σε αυτόν. Τηρείται αντίγραφο στο ιατρικό αρχείο μόνο για τον σκοπό απόδειξης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις αρχές του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ 2016/679) και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας. Ο/η γονέας/κηδεμόνας έχει ενημερωθεί για τα δικαιώματά του/της και έχει παράσχει ρητή συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας του/της ανηλίκου.*

***Παρατηρήσεις:***

* *Δεν δηλώνεται απόλυτα ότι το παιδί είναι υγιές, αλλά ότι δεν παρουσιάζει ευρήματα ενεργού λοίμωξης, που είναι και το ουσιώδες για τη δημόσια υγεία στο σχολικό περιβάλλον.*
* *Περιλαμβάνεται ρήτρα χρονικής ισχύος («κατά την παρούσα χρονική στιγμή») για νομική προστασία.*
* *Είναι συμβατή με τη νομοθεσία και τις συστάσεις ΕΟΔΥ.*

**Ιατρική Βεβαίωση για Άδεια Γονέα λόγω Νόσου Ανήλικου Τέκνου**

**Ιατρική Βεβαίωση**

Βεβαιώνεται ότι ο/η ασθενής: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
με ημερομηνία γέννησης **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202**  
παρουσίασε κλινική εικόνα συμβατή με **[διάγνωση, π.χ. εμπύρετο λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού / γαστρεντερίτιδα κ.λπ.]**,  
η οποία απαιτεί την **παραμονή του/της στο σπίτι** για παρακολούθηση, θεραπεία και αποφυγή μετάδοσης.

Λόγω της ηλικίας του/της και της φύσης της νόσου, απαιτήθηκε η **φροντίδα από τον γονέα του/της** κατά την περίοδο **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202 έως και \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202**

*Η βεβαίωση παρέχεται για χρήση* ***αποκλειστικά στο πλαίσιο της ειδικής άδειας απουσίας γονέα*** *(άρθρο 31, Ν. 4808/2021) ή άλλων συναφών προβλέψεων της εργατικής νομοθεσίας.*

**Ημερομηνία**: **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/202**

**Ο/Η Παιδίατρος**

*Εικόνα που περιέχει σκίτσο/σχέδιο, ζωγραφιά, clipart, τέχνη με γραμμές

Το περιεχόμενο που δημιουργείται από τεχνολογία AI ενδέχεται να είναι εσφαλμένο.*

***Η παρούσα βεβαίωση συντάχθηκε από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων και εκδίδεται από τον παιδίατρο, σύμφωνα με τις οδηγίες που του έχουν κοινοποιηθεί.***

*Εκδίδεται κατόπιν αιτήματος του γονέα/κηδεμόνα και παραδίδεται απευθείας σε αυτόν. Τηρείται αντίγραφο στο ιατρικό αρχείο μόνο για τον σκοπό απόδειξης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις αρχές του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ 2016/679) και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας. Ο/η γονέας/κηδεμόνας έχει ενημερωθεί για τα δικαιώματά του/της και έχει παράσχει ρητή συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας του/της ανηλίκου.*

***Παρατηρήσεις:***

* *Δεν απαιτείται αναφορά σε* ***ιατρικό ιστορικό*** *ή λεπτομέρειες θεραπείας, για σεβασμό στο ιατρικό απόρρητο.*
* *Η διάρκεια αναγράφεται* ***ρητά****, για να καλύπτει την άδεια.*
* *Η διατύπωση είναι* ***νομικά συμβατή με το άρθρο 31 του Ν. 4808/2021*** *(ειδική άδεια φροντίδας άρρωστου παιδιού).*

**Δικαιολόγηση Απουσιών Μαθητή**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/-η **[Ονοματεπώνυμο Ιατρού]**, Παιδίατρος,

βεβαιώνω υπευθύνως ότι ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

με ημερομηνία γέννησης \_\_\_ / \_\_\_ / 202 , παρακολουθείται στο ιατρείο μου από μένα.

Ο/Η ανωτέρω απουσίασε από τις σχολικές του/της υποχρεώσεις λόγω **προσωρινής νόσου**, για την οποία έλαβε/λαμβάνει την κατάλληλη ιατρική φροντίδα, και δεν υπήρχε δυνατότητα προσέλευσης σε σχολική ή προσχολική μονάδα κατά το διάστημα από \_\_ / \_\_ / 202 **έως**  \_\_ / \_\_ / 202

Η παρούσα βεβαίωση παρέχεται **ύστερα από αίτημα του γονέα/κηδεμόνα** και με αποκλειστικό σκοπό τη δικαιολόγηση των απουσιών του/της ανηλίκου για το ανωτέρω διάστημα. Δεν επιτρέπεται η χρήση της για οποιονδήποτε άλλο σκοπό χωρίς έγγραφη συγκατάθεση του γονέα.

**Ημερομηνία:** \_\_ / \_\_ / 202  
**Τόπος:** [π.χ. Αθήνα]

**[Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού]**

*Εικόνα που περιέχει σκίτσο/σχέδιο, ζωγραφιά, clipart, τέχνη με γραμμές

Το περιεχόμενο που δημιουργείται από τεχνολογία AI ενδέχεται να είναι εσφαλμένο.*

***Η παρούσα βεβαίωση συντάχθηκε από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελευθεροεπαγγελματιών Παιδιάτρων και εκδίδεται από τον παιδίατρο, σύμφωνα με τις οδηγίες που του έχουν κοινοποιηθεί.***

*Εκδίδεται κατόπιν αιτήματος του γονέα/κηδεμόνα και παραδίδεται απευθείας σε αυτόν. Τηρείται αντίγραφο στο ιατρικό αρχείο μόνο για τον σκοπό απόδειξης της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις αρχές του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ 2016/679) και της ισχύουσας ελληνικής νομοθεσίας. Ο/η γονέας/κηδεμόνας έχει ενημερωθεί για τα δικαιώματά του/της και έχει παράσχει ρητή συναίνεση για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας του/της ανηλίκου.*

***Παρατηρήσεις***

* *Δεν αναφέρεται η διάγνωση, εκτός αν υπάρχει συναίνεση.*
* *Προτείνεται να κρατάτε* ***υπογεγραμμένη υπεύθυνη δήλωση συγκατάθεσης του γονέα*** *(γενική ή ειδική).*