Α’ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Διευθυντής: Καθηγητής Ν.Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ

**ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗ-ΒΥΡΩΝΑ, ΔΗΛΟΥ 14 (ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗ) ΤΗΛ.2107600100 & 2107644705

e-mail:kkcy@med.uoa.gr

 Ημερομηνία,

 **Έντυπο Αιτήματος Αξιολόγησης Παιδιού**

* Ονοματεπώνυμο παιδιού / εφήβου :
* Διεύθυνση Κατοικίας: Αριθμ.: Περιοχή:
* Τηλέφωνα : e-mail:
* Ημερομηνία γέννησης παιδιού: Ηλικία:
* Ονόματα Γονέων/Κηδεμόνων :
* Υπάρχει συναίνεση και των δύο γονέων για την αξιολόγηση του παιδιού / εφήβου ;

Ναι Όχι (εάν όχι, αναφέρετε τους λόγους ):

* Ασφάλιση παιδιού (αναφέρετε ασφαλιστικό ταμείο):
* Σχολείο παιδιού: Τάξη φοίτησης:
* Ποιος σας παραπέμπει στην Υπηρεσία μας;
* Έχετε ξανασυνεργαστεί μαζί μας; Ναι Όχι

(εάν ναι , αναφέρετε το όνομα του παιδιού που αξιολογήθηκε και το έτος αξιολόγησης):

* Αναφέρετε ποιο είναι **το πρόβλημα** του παιδιού:
* Αναφέρετε **το αίτημά σας** προς την Υπηρεσία μας:

 Υπογραφή γονέα :