

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α΄ ΤΑΞΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

Προς την κ. Δ/ντρια του 11ου Δημ. Σχολείου Π. Φαλήρου «Ελένη Γλύκατζη Αρβελέρ»

Π. Φάληρο,/03/2021

Αρ. Πρωτ.:

Όνομα και επώνυμο πατέρα:		Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:
Επάγγελμα πατέρα:		Τηλέφωνο πατέρα:
Όνομα και επώνυμο μητέρας:		Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:
Επάγγελμα μητέρας:		Τηλέφωνο μητέρας:
Δ/νση Ηλ. Ταχυδρομ (E-mail)		Τηλέφωνο οικίας:

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:	
Ημερομηνία γέννησης:	
Όνοματεπώνυμο κηδεμόνα:	

2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Τόπος:		Οδός:		Αριθμός:		T.K.	
--------	--	-------	--	----------	--	------	--

3. ΑΔΕΡΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	
Όνοματεπώνυμο		Σχολείο φοίτησης	

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Υπάρχουν διαγνωσμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του/της μαθητή/τριας;

ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

5. ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΤΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Ο/Η υπογραφόμενος γονέας δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του νόμου περί ψευδούς δηλώσεως ότι όλα τα στοιχεία που αναφέρονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή όπως και τα δικαιολογητικά που επισυνάπτω.

Τόπος και ημερομηνία:.....

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

Συνημμένα	<input type="checkbox"/>	Γνωμάτευση Κ.Ε.Δ.Δ.Υ./ Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο κ.ά.
	<input type="checkbox"/>	Αποδεικτικό κατοικίας