

**ΑΙΤΗΣΗ- ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ****ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/ ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α΄ΤΑΞΗ**

Προς: το 2ο Δημοτικό Σχολείο Καβάλας

Ημερομηνία: ...../03/2025

Αρ. Πρωτ.:.....

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΩΝ**

|                                               |  |                          |  |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| Επώνυμο πατέρα:                               |  | Όνομα πατέρα:            |  |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου Πατέρα:  |  | Τηλέφωνο:                |  |
| Επάγγελμα Πατέρα:                             |  | Επάγγελμα Μητέρας:       |  |
| Επώνυμο μητέρας:                              |  | Όνομα μητέρας:           |  |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου Μητέρας: |  | Τηλέφωνο:                |  |
| Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (email):  |  | Άλλα τηλέφωνα (σταθερά): |  |

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ**

|                 |  |                      |  |
|-----------------|--|----------------------|--|
| Επώνυμο:        |  | Όνομα:               |  |
| Φύλο:           |  | Ημερομηνία Γέννησης: |  |
| Τόπος Γέννησης: |  | Χώρα Γέννησης:       |  |

**3. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

|                  |  |       |  |          |  |       |  |
|------------------|--|-------|--|----------|--|-------|--|
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθμός: |  | Τ.Κ.: |  |
|------------------|--|-------|--|----------|--|-------|--|

**4. ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Η΄ ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

|                        |  |                    |  |
|------------------------|--|--------------------|--|
| Ονοματεπώνυμο παιδιού: |  | Σχολείο που φοιτά: |  |
| Ονοματεπώνυμο παιδιού: |  | Σχολείο που φοιτά: |  |
| Ονοματεπώνυμο παιδιού: |  | Σχολείο που φοιτά: |  |

**5. ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ Χ ΣΤΙΣ ΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ:**

|                                                                                                                |                                    |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Το παιδί θα φοιτήσει στο ολοήμερο;                                                                             | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>       | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                     |
| Υπάρχει εκκρεμότητα κηδεμονίας;                                                                                | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>       | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                     |
| Έχει το παιδί <u>διαγνωσμένη</u> μαθησιακή δυσκολία;                                                           | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>       | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                     |
| Το παιδί θα φεύγει μόνο του από το σχολείο;                                                                    | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>       | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                     |
| Αν όχι, ποιος/οι θα το συνοδεύουν;                                                                             |                                    |                                                                  |
| Κηδεμόνας Είναι:                                                                                               | Ο πατέρας <input type="checkbox"/> | Η μητέρα <input type="checkbox"/> Άλλος <input type="checkbox"/> |
| Αν οι φυσικοί γονείς δεν είναι κηδεμόνες, συμπληρώστε τα στοιχεία κηδεμόνα                                     | Επίθετο:                           |                                                                  |
|                                                                                                                | Όνομα:                             |                                                                  |
| Σημειώστε οτιδήποτε άλλο πιστεύετε πως θα ήταν καλό να γνωρίζουμε (π.χ. αλλεργία σε τροφές, κάποια φοβία κτλ.) |                                    |                                                                  |

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

Καβάλα, ...../03/2025

Ο/Η αιτών/ούσα

.....  
(Ονοματεπώνυμο)

|           |                          |                                              |
|-----------|--------------------------|----------------------------------------------|
| Συνημμένα | <input type="checkbox"/> | Γνωμάτευση ΚΕΔΑΣΥ/Ιατροπαιδικού Κέντρου κ.α. |
|           | <input type="checkbox"/> | Αποδεικτικό κατοικίας                        |