

A.M: _____

**ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ Α' ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ**

Προς: Τον κ. Διευθυντή του Δημοτικού Σχολείου Αφιδνών της Διεύθυνσης Π.Ε. Αν. Αττικής

► ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

Επώνυμο: Ημερομηνία γέννησης: / /201_

Όνομα: Φύλο:

► ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

Τόπος: Αφίδνες ΤΚ 19014 Οδός: Αριθμός:

Τηλέφωνο κατοικίας: e-mail:

► ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

Όνομα πατέρα: Επάγγελμα:

Επώνυμο πατέρα: Τηλέφωνο:

Όνομα μητέρας: Επάγγελμα:

Επώνυμο μητέρας: Τηλέφωνο:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ

ΑΛΛΟ (Χηρεία, απουσία γονέα κ.λπ.) _____

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: _____

ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ (ΟΝΟΜΑ/ΤΑΞΗ/ΤΜΗΜΑ):

Όνοματεπώνυμο: Τάξη/τμήμα:

Όνοματεπώνυμο: Τάξη/τμήμα:

► ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

Υπάρχουν διαγνωσμένες εκπαιδευτικές ανάγκες του/της μαθητή/τριας: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Ο/Η παρακάτω υπογραφομένος/η γονέας δηλώνω υπεύθυνα κι 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.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:	
ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	<input type="checkbox"/>
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>
ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (Α.Δ.Υ.Μ.)	<input type="checkbox"/>
ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	<input type="checkbox"/>
ΔΗΛΩΣΗ ΟΛΟΗΜΕΡΟΥ	<input type="checkbox"/>
ΔΙΑΓΝΩΣΗ Κ.Ε.Σ.Υ. ή ΑΛΛΟΥ ΦΟΡΕΑ	<input type="checkbox"/>
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΕ ΣΧΟΛ. ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ	<input type="checkbox"/>

Αφίδνες, ____ Μαρτίου 202_

__ ΔΗΛ__

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ