

**Α Ι Τ Η Σ Η Ε Γ Γ Ρ Α Φ Η Σ**

Παρακαλώ να δεχθείτε την αίτηση εγγραφής μου για το θερινό πρόγραμμα της Ελληνικής Αγωγής.

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

# Παρακαλούμε αναφέρετε αναλυτικά στοιχεία για τα ακόλουθα:

1. Τροφική ή άλλη αλλεργία

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16/6 - 20/6 | 23/6-27/6 | 30/6 - 4/7 | 7/7-11/7 | 14/7-18/7 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ |  | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ |  | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ |  | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕA |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ |  |
| ΠΕΡΙΟΧΗ/ ΤΚ |  |
| EMAIL |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. |  |

…………………………………………………………………………………..

1. Παθήσεις όπως διαβήτης, επιληψία κ.λπ.

…………………………………………………………………………………..

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ-ΟΥΣΑ

 .....................................