|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** - **ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ**/**ΚΗΔΕΜΟΝΑ** |
| **6ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ** |
|  **Δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του/των παιδιού/παιδιών μου στο Αναβαθμισμένο Πρόγραμμα Ολοημέρου, για το Σχολικό Έτος 2024-2025** |
|  | *Τηλέφωνα επικοινωνίας:* |
| **Ονοματεπώνυμο πατέρα:** |  |  |
| **Ονοματεπώνυμο μητέρας:** |  |  |
| **Ονοματεπώνυμο μαθητή/ τριας:** | ………………………………………………………………….………………………… τάξη …………. |
|  | ………………………………………………………………….………………………… τάξη …………. |
|  | ………………………………………………………………….………………………… τάξη …………. |
|  |
| **Δηλώνω ότι επιθυμώ ως ώρα αποχώρησης του/των παιδιού/ων μου από το πρόγραμμα του Ολοήμερου** (ισχύει για όλη τη διάρκεια λειτουργίας του Ολοήμερου) **τις:** |
|  | **14.55** |  |  |
|  | **15.50** |  |  |
|  | **17.30** |  |  |
|  ***(σημειώνετε με Χ την επιθυμητή ώρα)*** |
|  |
| **Το/τα παιδί/-ιά μου κατά την αποχώρησή του/τους από το Σχολείο θα παραλαμβάνονται-συνοδεύονται:**  |
|  | **ΝΑΙ** | **ΌΧΙ** |  |
|  |  |  |  |
|  **(σημειώνετε με Χ ένα από τα δύο)** |
|  |
| Σε περίπτωση που παραλαμβάνονται, σημειώνετε από ποιον/ποιους |
|  Ονοματεπώνυμο συνοδού | τηλέφωνο επικοινωνίας: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **\*Δηλώνω ότι επιθυμώ τη συμμετοχή του/ των παιδιού/ων μου σε** **τμήμα πρόωρης υποδοχής:**  | **ΝΑΙ** | **ΌΧΙ** |
|  |  |
|  |  | **(Σημειώνετε με *Χ* αντίστοιχα)** |
| ***\*(με την προϋπόθεση της εγγραφής και φοίτησης του μαθητή στο ολοήμερο τμήμα)*** |
| **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ** |
|  |  | **ΠΑΤΕΡΑΣ** | **ΜΗΤΕΡΑΣ** | Σταυρούπολη, …… ………………….. **2024****Ο/ Η Αιτ………… - Δηλ…………**…………………………………………………………………… |
| **1** | **ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** |  |  |
| **Να επιστραφεί ΜΕΧΡΙ την****Παρασκευή 24 Μαΐου 2024.** |