

## ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: .....

“ ΣΥΖΥΓΟΥ: .....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΑΡΙΘΜ. ΔΕΛΤ.ΤΑΥΤ: .....

ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ: .....

ΔΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ: .....

ΠΟΛΗ – ΧΩΡΙΟ: .....

TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

ΘΕΜΑ: Εισαγωγή παιδιού στο Παπάφειο Κ.Π.Μ.Α

Θεσ/νίκης “Ο ΜΕΛΙΤΕΥΣ”

Παπάφη 33

546 38 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Ημερομηνία - - 200

Π ρ ο ς

ΠΑΠΑΦΕΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΙΚΗΣ

ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΑΡΡΕΝΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

“Ο ΜΕΛΙΤΕΥΣ”

Παπάφη 33

546 38 Θεσσαλονίκη

Τηλ: 2310 214 212

ΦΑΞ: 2310 214 410

Σας παρακαλούμε να εγκρίνετε την  
εισαγωγή του .....

.....

.....

.....

.....

επειδή. ....

.....

.....

και επιθυμούμε να εισαχθεί στο Παπάφειο  
Κ.Π.Μ.Α. Θεσ/νίκης “Ο ΜΕΛΙΤΕΥΣ”

Επισυνάπτουμε τα δικαιολογητικά που  
προβλέπονται από το Νόμο.

Οι Αιτούντες

1.-

2.-

### Απαιτούμενα δικαιολογητικά

1. Αποδεικτικό σπουδών του παιδιού
2. Βεβαίωση κρατικού γιατρού περί της απόλυτα καλής Υγείας και αρτιμέλειας του παιδιού, (σωματικής και ψυχικής).
3. Εξέταση για Ηπατίτιδα Β΄
4. Πιστοποιητικό Γεννήσεως του παιδιού
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από τον Δήμο ή την Κοινότητα ή Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/1986 συνοδευόμενη από επικυρωμένα φωτοαντίγραφα του Δελτίου Ταυτότητας των μελών της Οικογένειας.
6. Βιβλιάριο Υγείας του παιδιού (το μπλε) ή καρτέλα εμβολίων.
7. Κάθε άλλο στοιχείο που μπορεί να συμβάλει στην απόκτηση πραγματικής εικόνας του παιδιού και του ιστορικού του.