

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Τίτλος: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

& ΓΟΝΕΩΝ για το ΣΔΤ1

...../...../2020

Ατομικά Στοιχεία Γονέα

Όνοματεπώνυμο :

E-mail :

Τηλέφωνο επικοινωνίας: Κινητό:

Το παιδί που έχει ΣΔτ1 είναι μέλος της Π.Ε.Α.Ν.Δ.: ΝΑΙ ΟΧΙ

➔ Αν ΝΑΙ σημειώστε το ονοματεπώνυμό του:

➔ Αν ΟΧΙ σημειώστε τα παρακάτω στοιχεία:

1. Όνοματεπώνυμο παιδιού με ΣΔΤ1:

2. Διεύθυνση Κατοικίας:

3. Τ.Κ./ Πόλη:

Με την αίτηση εγγραφής μου, σας αποστέλλω το καταθετήριο πληρωμής, ποσού:

1α) 20,00 ευρώ - κόστους συμμετοχής για **γονείς μελών** της ΠΕΑΝΔ

1β) 40,00 ευρώ - κόστους συμμετοχής για **γονείς ΜΗ μελών** της ΠΕΑΝΔ

2. 30,00 ευρώ - κόστους πακέτου αναλωσίμων (αν τα καταβάλλετε εξ αρχής)

Σε περίπτωση που δεν σας ενδιαφέρει να λάβετε το πακέτο αναλωσίμων σημειώστε εδώ

Αποκλειστικά για γονείς μη μελών της ΠΕΑΝΔ, απαιτείται επιπλέον η αποστολή του εγγράφου που πιστοποιεί τη διάγνωση του παιδιού με ΣΔΤ1.

Ο/Η Αιτών/ούσα

Υπογραφή