

Προς 2^ο ΕΠΑΛ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

B

Ο/Η υπογεγραμμέν _____ του _____ που κατοικώ στη
Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα Πατρώνυμο του κηδεμόνα

διεύθυνση _____ είμαι νόμιμος κηδεμόνας τ
Οδός κατοικίας του κηδεμόνα Αριθμός Ταχ. Κωδ.

μαθητ _____ που διαμένει στην παραπάνω διεύθυνση
Ονοματεπώνυμο του μαθητή / μαθήτριας

και αναλαμβάνω πλήρως την ευθύνη για την τακτική φοίτηση, διαγωγή και την πρόοδο του παιδιού μου.

Επιθυμώ να εγγραφεί στην **B τάξη** του σχολείου για το σχολικό έτος **2024 - 2025**.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΑΘΗΤΗ

Πατρώνυμο _____ Μητρώνυμο _____ Γένος _____

Επίθετο μητέρας _____ Τόπος Γέννησης _____

Ημερ. Γέννησης _____ Αρ. Μητρώου _____ Υπηκοότητα _____

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επάγγελμα Πατέρα _____ Τηλ. σταθερό _____

Τηλ. κινητό γονέα _____ **e-mail γονέα** (ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ) _____

Τηλ. κινητό μαθητή /τριας _____

Διεύθυνση μαθητή /τριας _____

Αν είναι διαφορετική από τη διεύθυνση του κηδεμόνα

Συνημμένα υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Τίτλο εγγραφής (Φωτοτυπία Πτυχίου – Απολυτηρίου για αποφοίτους ΓΕΛ και Αποδεικτικό Α' τάξης για μαθητές που εγγράφονται για πρώτη φορά στο σχολείο μας) |
| <input type="checkbox"/> | Φωτοτυπία ταυτότητας Κηδεμόνα και Μαθητή |
| <input type="checkbox"/> | Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 του κηδεμόνα σύμφωνα με το υπόδειγμα που δίνεται από το σχολείο. |
| <input type="checkbox"/> | Απόδειξη ΔΕΗ/ΟΤΕ/ΕΥΑΘ για εξακρίβωση της διεύθυνσης κατοικίας |
| <input type="checkbox"/> | Ιατρική γνωμάτευση για συμμετοχή στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής (ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΑΘΗΤΗ) αν δεν υπάρχει στον Ατομικό φάκελο του/της μαθητή/τριας μέχρι 30/9/2024 . |
| <input type="checkbox"/> | 4 Φωτογραφίες του/της μαθητή/τριας |
| <input type="checkbox"/> | Γνωμάτευση για μαθησιακές δυσκολίες. (Τα απαραίτητα δικαιολογητικά θα προσκομιστούν από τον ίδιο τον κηδεμόνα και όχι το σχολείο προέλευσης) |
| <input type="checkbox"/> | Αντίγραφο της ηλεκτρονικής αίτησης εγγραφής (από το e-eggrafes.) |

Μόνο για Αλλοδαπούς:

1. Πιστοποιητικό Γεννήσεως του/της μαθητή/τριας (**Μεταφρασμένο**)
2. Διαβατήριο του/της μαθητή/τριας και του κηδεμόνα (**Μεταφρασμένο**)
3. Γένος Μητέρας το οποίο πιστοποιείται με έγγραφο το οποίο το αναγράφει (Πιστοποιητικό γέννησης μητέρας ή πιστοποιητικό γάμου) (**Μεταφρασμένο**)

ΕΠΙΘΥΜΩ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΤΟΝ ΤΟΜΕΑ:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ, ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ |
| <input type="checkbox"/> | ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑΣ |

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ – ΕΥΕΞΙΑΣ

Επιθυμώ την παρακολούθηση εκ μέρους του παιδιού μου των παρακάτω μαθημάτων επιλογής:

Οι μαθητές θα επιλέγουν δύο (2) μαθήματα.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Μικροβιολογία Ι |
| <input type="checkbox"/> | Νοσηλευτική Ι |
| <input type="checkbox"/> | Δημιουργική Απασχόληση στην Προσχολική Ηλικία Ι |
| <input type="checkbox"/> | Εισαγωγή στη Φυσικοθεραπεία Ι |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Σύγχρονη Αισθητική Ι |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Βασικές Αρχές Κομμωτικής Ι |

Θεσσαλονίκη ___/___/2024

Ο Γονέας ή Κηδεμόνας

Υπογραφή:

Ονοματεπώνυμο:

Εκπαιδευτικός υπεύθυνος για την καταγραφή των στοιχείων εγγραφής

Υπογραφή:

Ονοματεπώνυμο:

Κλάδος:

Ειδικότητα:

Αριθμός Πρωτοκόλλου Εγγραφής :