

## ΑΙΤΗΣΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ:.....

ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ:.....

.....

Τ.Κ.:.....

ΠΟΛΗ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΚΙΝΗΤΟ:.....

Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.:.....

.....

E-MAIL:.....

### **ΠΡΟΣ:**

Δήμο Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης  
Διεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής, Παιδείας,  
Αθλητισμού & Πολιτισμού

### **Γραφείο Κ.Δ.Α.Π.**

Παρακαλώ να δεχθείτε τη συμμετοχή του παιδιού / των παιδιών μου στο χειμερινό πρόγραμμα του Κέντρου Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.) Δήμου Βάρης Βούλας Βουλιαγμένης.

*Δικαιούμαι απαλλαγή από καταβολή διδάκτρων διότι είμαι:*

- Πολύτεκνος / -η

- Άπορος / -η

*και υποβάλλω τα σχετικά δικαιολογητικά:*

- Πιστοποιητικό Ομοσπονδίας Πολυτέκνων

- Βεβαίωση Εγγραφής στο Μητρώο Απόρων

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ / ΠΑΙΔΙΩΝ:

**1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΤΑΞΗ** (στην οποία φοιτά το παιδί κατά το τρέχον σχολ. Έτος):.....

**ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ΤΕΣ** .....

**2. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΤΑΞΗ** (στην οποία φοιτά το παιδί κατά το τρέχον σχολ. Έτος):.....

**ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ΤΕΣ** .....

**3. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΤΑΞΗ** (στην οποία φοιτά το παιδί κατά το τρέχον σχολ. Έτος):.....

**ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ΤΕΣ** .....

**4. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΤΑΞΗ** (στην οποία φοιτά το παιδί κατά το τρέχον σχολ. Έτος):.....

**ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ΤΕΣ** .....

### Επισυναπτόμενα έγγραφα:

1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
2. Βεβαίωση ιατρού για την υγεία του παιδιού

Ο Αιτών / Η Αιτούσα

(υπογραφή)