



Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ		ΤΑΞΗ: Α'
Επώνυμο:	Δ/νση Κατοικίας:	
Όνομα:	Περιοχή:	Ταχ.Κώδικας:
Ημ/νία Γέννησης:	Θρήσκευμα:	Κινητό Τηλ:
Εθνικότητα:	Σχολείο Προέλευσης:	
Τόπος Γέννησης:	Γερμανικά <input type="checkbox"/>	Γαλλικά <input type="checkbox"/>

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ	
Επώνυμο Πατέρα:	Επώνυμο Μητέρας:
Όνομα Πατέρα:	Όνομα Μητέρας:
Επάγγελμα Πατέρα:	Επάγγελμα Μητέρας:
Αρ. Δελτ. Αστυν Ταυτότητας Πατέρα:	Αρ. Δελτ. Αστυν Ταυτότητας Μητέρας:

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
Τηλέφωνο Πατέρα:	e-mail Πατέρα:
Τηλέφωνο Μητέρας:	e-mail Μητέρας:
Τηλέφωνο Οικίας:	Τηλέφωνο εργασίας:
Άλλο:	

Δ. ΕΧΕΙ ΤΗΝ ΚΗΔΕΜΟΝΙΑ	(σημειώστε με Χ όπου ισχύει)		
Και οι δυο γονείς			
Πατέρας			
Μητέρα			

Δ1. ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ
Στην περίπτωση που η γονική μέριμνα του παιδιού ασκείται <b>αποκλειστικά</b> από τον ένα εκ των δύο γονέων, παρακαλούμε να δηλώσετε το όνομα του /της: .....
<b>(Να επισυναφθεί εκχωρητήριο διάταγμα αρμοδίου δικαστηρίου)</b>
Σε περίπτωση που ο κηδεμόνας είναι άλλος από τους γονείς, παρακαλώ συμπληρώστε: Ονοματεπώνυμο: _____ Αρ. Δελτ. Αστυν Ταυτότητας : _____ Ιδιότητα(πχ κοινωνικός λειτουργός, ανάδοχος γονιός κτλ): _____ Τηλέφωνο επικοινωνίας: : _____ e-mail επικοινωνίας : _____ <b>(Να επισυναφθεί έγγραφο ανάθεσης)</b>

Ε. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ(σημειώστε με Χ όπου ισχύει)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αντιμετωπίζει ο/η μαθητής/τρια κάποιο πρόβλημα Υγείας (εγχειρήσεις, αλλεργίες, λήψη φαρμάκων, Σοβαρές/χρόνιες ασθένειες ή οποιαδήποτε μορφή Αναπηρίας); Αν ναι παρακαλούμε διευκρινίστε: _____ _____		
Ενέργειες για την αντιμετώπιση των παραπάνω: Αν ναι παρακαλούμε διευκρινίστε: : _____ _____		

Σύρος \_\_\_/\_\_\_/2026

Ο/Η αιτών/ουσα

(ονοματεπώνυμο και υπογραφή)