

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΗΛΙΚΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Επιθυμώ να συμμετάσχω στις ομάδες γονέων που διοργανώνει το Κέντρο Πρόληψης σε συνεργασία με τη Διεύθυνση του σχολείου και το Σύλλογο Γονέων.

Παρακαλούμε η αίτηση να επιστραφεί συμπληρωμένη εντός πέντε (5) ημερών.

Υπογραφή