

ΚΔΑΠ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ - ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ

Στοιχεία παιδιού

Όνοματεπώνυμο: Ημερομηνία Γέννησης:

Διεύθυνση: Τηλέφωνο Οικίας:

Τάξη: Σχολείο φοίτησης:

Στοιχεία Γονέων

Όνοματεπώνυμο Πατέρα: Επάγγελμα:

Κινητό: Τηλέφωνο εργασίας:

ΑΦΜ: ΔΟΥ:

Όνοματεπώνυμο Μητέρας: Επάγγελμα:

Κινητό: Τηλέφωνο εργασίας :

ΑΦΜ: ΔΟΥ:

Τηλέφωνο Έκτακτης Ανάγκης:

E-mail:

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΟΡΩΝ ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟΥ

Δηλώνω ανεπιφύλακτα ότι αποδέχομαι τον κανονισμό λειτουργίας του ΚΔΑΠ «ΟΝΕΙΡΟΥΠΟΛΗ Μ.ΕΠΕ» και αναλαμβάνω την υποχρέωση να καταβάλω τα δίδακτρα του/των παιδιού/ών μου που ανέρχονται στο ποσό των.....€

Συνημμένα δικαιολογητικά : Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης / Πιστοποιητικό υγείας

Θεσσαλονίκη

Ο γονέας / κηδεμόνας

Υπογραφή

Δήλωση γονέα / κηδεμόνα σχετικά με την παραλαβή του παιδιού

Ο/Η.....με αριθμό Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας
.....που εκδόθηκε στις/...../..... από.....,

Γονέας/Κηδεμόνας του παιδιού

Εγγεγραμμένου στο ΚΔΑΠ «ΟΝΕΙΡΟΥΠΛΗ Μ.ΕΠΕ» δηλώνω ότι:

Θα παραδίδω – παραλαμβάνω το παιδί στο προβλεπόμενο ωράριο λειτουργίας.

Θα φροντίζω για την μη προσέλευση του παιδιού στο ΚΔΑΠ, σε περίπτωση ασθένειας και θα ενημερώνω την διεύθυνση.

Θα ενημερώνω την διεύθυνση για τυχόν προβλήματα του παιδιού ώστε να διασφαλίζεται στο μέτρο του εφικτού η επιστημονική αντιμετώπιση τους και από το ΚΔΑΠ.

Εξουσιοδοτώ ανεπιφύλακτα τον /την :

1. Με αρ. Δελτίου Ταυτότητας
2. Με αρ. Δελτίου Ταυτότητας
3. Με αρ. Δελτίου Ταυτότητας

Όπως παραλαμβάνει το παιδί μου από το ΚΔΑΠ, σε περίπτωση κωλύματος μου, με την επίδειξη της Αστυνομικής του ταυτότητας και αφού προηγουμένως έχω εγκαίρως ενημερώσει την διεύθυνση.

Η παραπάνω δήλωση – εξουσιοδότηση παραλαβής ισχύει μέχρι ανακλήσεως. Σε κάθε περίπτωση αλλαγής των εξουσιοδοτημένων προσώπων υποχρεούμαι να το δηλώνω στην διεύθυνση του ΚΔΑΠ.

Θεσσαλονίκη.....

Ο/Η Δηλών / ούσα.....

Υπογραφή



Ατλαντίδος 43^Α & Φ. Μένου 23 Κ. Τούμπα, Θεσσαλονίκη

Τηλ: 2310948210 / info@oneiroupoli.org