



20....-20....

Α.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ		ΤΑΞΗ:	
Επώνυμο:	Δ/νση Κατοικίας:		
Όνομα:	Περιοχή:		
Ημ/νία Γέννησης:	Ταχ.Κώδικας:		
Εθνικότητα:	Σχολείο Προέλευσης:		
Τόπος Γέννησης:	Γερμανικά ☐	Γαλλικά ☐	
Β. Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ ΧΡΗΣΕΙ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ☐ ☐			
Γ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ			
Επώνυμο Πατέρα:	Επώνυμο Μητέρας:		
Όνομα Πατέρα:	Όνομα Μητέρας:		
Επάγγελμα:	Επάγγελμα:		
Δ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
Τηλέφωνο Πατέρα:			
Τηλέφωνο Μητέρας:			
Τηλέφωνο Οικίας:			
E mail :			
Ε.ΕΧΕΙ ΤΗΝ ΚΗΔΕΜΟΝΙΑ (σημειώστε με X όπου ισχύει)			
Και οι δυο γονείς	☐	☐	☐
Πατέρας	☐	☐	☐
Μητέρα	☐	☐	☐
Ε1.ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ			
Στην περίπτωση που η γονική μέριμνα του παιδιού ασκείται αποκλειστικά από τον ένα εκ των δύο γονέων, παρακαλούμε να δηλώσετε το όνομα του /της:			
.....			
...			
(Να επισυναφθεί εκχωρητήριο διάταγμα αρμοδίου δικαστηρίου)			
Σε περίπτωση που ο κηδεμόνας είναι άλλος από τους γονείς, παρακαλώ συμπληρώστε:			
Ονοματεπώνυμο:.....			
.....			
Ιδιότητα(πχ κοινωνικός λειτουργός, ανάδοχος γονιός κτλ):.....			
Τηλέφωνο επικοινωνίας:.....			
.....			
(Να επισυναφθεί έγγραφο ανάθεσης)			

ΣΤ.ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ(σημειώστε με X 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:.....		

.....		
----------------	--	--

ΜΑΡΑΘΩΝΑΣ,...../...../2026

Ο/Η αιτών/ουσα