

Για μαθητές/τριές κάτω των 18 ετών

Υποβάλλεται από τον γονέα ή κηδεμόνα

Συνοδεύεται από βεβαίωση ιατρού

Α Ι Τ Η Σ Η

ΑΠΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:.....

Α.Δ.Τ.:.....

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/Α:.....

.....

FAX :.....

EMAIL :.....

Πτολεμαΐδα,/...../.....

Αριθμ. Πρωτ.:.....

Πτολεμαΐδα,/...../202....

ΠΡΟΣ

2° ΕΠΑΛ Πτολεμαΐδας

Παρακαλώ να δεχθείτε τη

βεβαίωση γιατρού που

προσκομίζω ως δικαιολογητικό για

τις απουσίες του/της

.....

που φοιτά στο τμήμα

.....

στις.....

λόγω.....

.....

.....

Ο/Η Αιτών/ουσα

(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)