

Π Ρ Ο Σ

Την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας
Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας &
Κοινωνικής Μέριμνας
Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής
Μέριμνας
Περιφερειακής Ενότητας Χαλκιδικής

(Ταχ. Διεύθυνση: Διοικητήριο
63100 Πολύγυρος)

Α Ι Τ Η Σ Η

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Πατρώνυμο.....

Όνομα Συζύγου.....

Ημ/νια γεννήσεως.....

Δ/ση κατοικίας.....

.....

Αριθ. Παιδιών:.....

Ηλικία παιδιού/ών:.....

Τηλέφωνο.....

Κινητό.....

-
Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτησή μου,
προκειμένου να συμμετέχω στην
ομάδα συμβουλευτικής γονέων
για παιδιά νηπιακής και σχολικής
ηλικίας.

(υπογραφή)

...../2018

.....