



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΛΑΡΙΣΣΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΡΟΥΣΒΕΛΤ 46,3<sup>ος</sup> ΟΡΟΦΟΣ Τ.Κ. 41222 ΛΑΡΙΣΣΑ  
ΤΗΛ.2410-680223  
E-MAIL: [dops@larissa.gov.gr](mailto:dops@larissa.gov.gr)

ΣΧΟΛ. ΕΤΟΣ 2026 – 2027

ΠΡΟΣ  
ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ			
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ			
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		Αρ.	
		Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	Πατέρας		Μητέρα
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ			
ΑΦΜ ΜΗΤΕΡΑΣ			
ΑΔΤ ΚΗΔΕΜΟΝΑ			
E-MAIL			
Ημερομηνία εγγραφής φιλοξενίας του παιδιού το σχολικό έτος 2025-2026			
Ημερομηνία διαγραφής κατά το έτος 2025-2026			
Σας παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή του παιδιού μου με σειρά προτεραιότητας :			
1. .... 2. .... 3. ....			
4. .... 5. ....			
Επιθυμώ το παιδί μου να φιλοξενηθεί στην απογευματινή ζώνη από 1 <sup>η</sup> Σεπτεμβρίου στον 5ο Π.Σ.:			
ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
Επιτρέπω τη φωτογράφιση του παιδιού μου σε εκδηλώσεις του σχολείου	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Επιτρέπω την έξοδο και μετακίνηση του παιδιού μου σε δραστηριότητες του σχολείου	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Συαινώ την ιατρική εξέταση του παιδιού μου από τον παιδίατρο του παιδικού σταθμού	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	

Λ Α Ρ Ι Σ Σ Α .... / .... / 2026

Ο ή Η ... ΑΓΓ ... ..

ΥΠΟΓΡΑΦΗ .