

ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

Κηδεμόνας του/της μαθητ.....

Τάξη:.....

Τηλέφωνο οικίας:.....

Κινητό τηλέφωνο:.....

Του..... Δημοτικού Καβάλας

Δηλώνω ότι επιθυμώ το παιδί μου να εξεταστεί στο Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας για την έκδοση του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή.

Πιθανή περίοδος αδυναμίας προσέλευσης από..... έως.....

(Διάστημα όχι μεγαλύτερο των είκοσι (20) ημερών).

ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

Κηδεμόνας του/της μαθητ.....

Τάξη:.....

Τηλέφωνο οικίας:.....

Κινητό τηλέφωνο:.....

Του..... Δημοτικού Καβάλας

Δηλώνω ότι επιθυμώ το παιδί μου να εξεταστεί στο Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας για την έκδοση του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή.

Πιθανή περίοδος αδυναμίας προσέλευσης από..... έως.....

(Διάστημα όχι μεγαλύτερο των είκοσι (20) ημερών).