**Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΘΕΜΑ: Ένταξη στο ΚΔΑΠ Τροιζηνίας/ Μεθάνων για το έτος 2025-2026**

**Επώνυμο: ……………………..………………………………**

**Όνομα:………………………………………………………….**

**Πατρώνυμο: …………………………………………………..**

**ΑΔΤ:…………………………………………………………….**

**Τηλ.: …………………………………………………………...**

**Email: …….…………………………………………………….**

**Προς: Δήμο Τροιζηνίας - Μεθάνων**

**Με την παρούσα αιτούμαι την ένταξη του παιδιού μου στο ΚΔΑΠ Τροιζηνίας για το έτος 2025-2026 και δηλώνω υπεύθυνα πως όλα τα στοιχεία του τέκνου μου είναι αληθή και με την ολοκλήρωση της εγγραφής θα προσκομίσω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά (έγγραφα / γνωματεύσεις) που πιστοποιούν την κατάσταση του.**

**Στοιχεία Τέκνου:**

**Ονοματεπώνυμο:………………………………………..**

**Έτος Γέννησης:………………………………………….**

**Ιστορικό τέκνου:**

**Αλλεργίες:..……………………………………………….**

**Αναπτυξιακές διαταραχές:….…………………………**

**Ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές:…………………**

**Κινητικά προβλήματα:…………………………………**

**Άλλο:……………………………………………………….**

Ο/Η αιτών/ούσα

…...……………

Ημερομηνία, …………………….