

1^{ος} κύκλος συναντήσεων
Ομάδων γονέων παιδιών με ΔΑΦ



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Όνοματεπώνυμο γονέα: _____

Δ/νση: _____

Τηλ.: _____

Email: _____

Αριθμός παιδιών στην οικογένεια: _____

Ημ/νία γέννησης παιδιού με ΔΑΦ: ___/___/_____

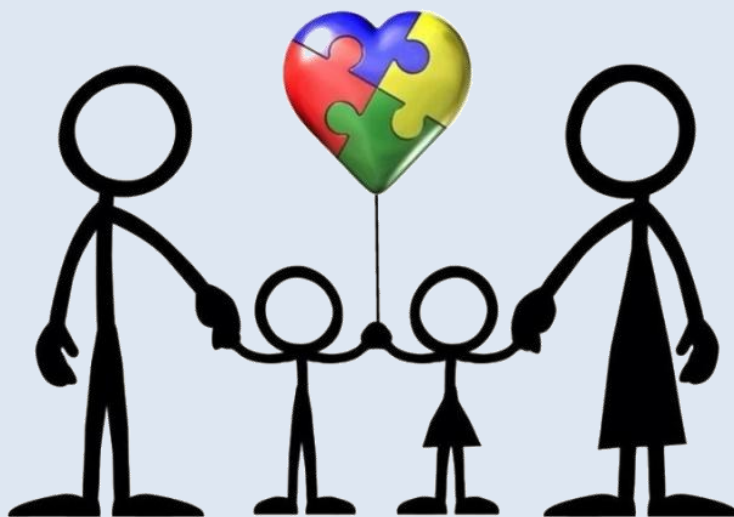
Ημ/νία 1^{ης} διάγνωσης παιδιού με ΔΑΦ: ___/___/_____

Παρακολουθεί το παιδί κάποια δομή/πλαίσιο: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, που? _____

Χανιά, ___/___/_____

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα



Οι πληροφορίες που συλλέγονται παραμένουν εμπιστευτικές και ζητούνται με σκοπό την καλύτερη διαμόρφωση του προγράμματος των συναντήσεων



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

