

1<sup>ος</sup> 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<sup>ης</sup> διάγνωσης παιδιού με ΔΑΦ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

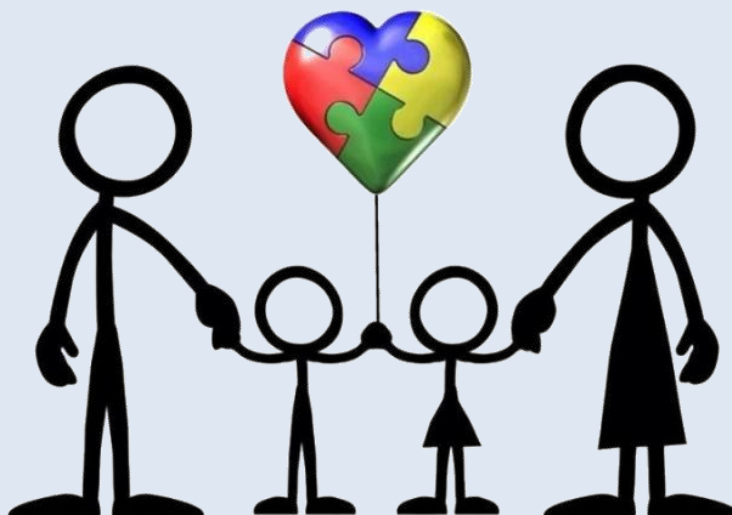
Παρακολουθεί το παιδί κάποια δομή/πλαίσιο: ΝΑΙ / ΟΧΙ

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

