



ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΟΝΕΩΝ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Όνοματεπώνυμο γονέα: _____

Τηλ.: _____

Email: _____

Αριθμός παιδιών στην οικογένεια: _____

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

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

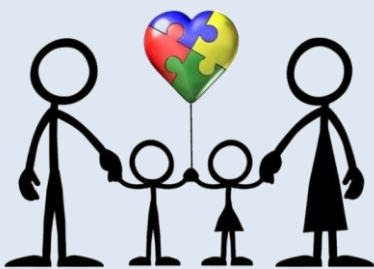
Παρακολουθεί το παιδί κάποια δομή/πλαίσιο: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, που? _____

Έχω παρακολουθήσει στο παρελθόν κάποιο άλλο ψυχοεκπαιδευτικό

πρόγραμμα γονέων ΝΑΙ / ΟΧΙ

Δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεση μου στην συλλογή και επεξεργασία των ανωτέρω Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με αποκλειστικό σκοπό την καλύτερη διαμόρφωση του προγράμματος των συναντήσεων.



Χανιά, ____ / ____ / _____

Ο Αιτών/ Η Αιτούσα

