**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ**

**ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ**

**7-9-2022**

**Π.Ε Ηρακλείου: Παράταση υποβολής αιτήσεων των Κοινωνικών Προγραμμάτων Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον Σύλλογο Ιδιοκτητών Κέντρων Ξένων Γλωσσών, τον Σύλλογο Ιδιοκτητών Φροντιστηρίων Μέσης Εκπαίδευσης και τα Αθλητικά Σωματεία για το σχολικό έτος 2022-2023.**

Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου της Περιφέρειας Κρήτης ανακοινώνει ότι παρατείνεται η υποβολή αιτήσεων έως και την Παρασκευή 09-09-2022 των Κοινωνικών Προγραμμάτων Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον Σύλλογο Ιδιοκτητών Κέντρων Ξένων Γλωσσών, τον Σύλλογο Ιδιοκτητών Φροντιστηρίων Μέσης Εκπαίδευσης και τα Αθλητικά Σωματεία της Π.Ε. Ηρακλείου και για το σχολικό έτος 2022-2023.

Η αγαστή συνεργασία που ξεκίνησε το 2013 έχει συμβάλει τα μέγιστα προς όφελος των παιδιών της Π.Ε. Ηρακλείου, που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, προσφέροντάς τους τη δυνατότητα να συμμετέχουν ισότιμα και χωρίς κοινωνικό στιγματισμό στο αναφαίρετο δικαίωμά τους στη γνώση.

Οι αιτήσεις θα υποβάλλονται **έως και την Παρασκευή 09-09-22** στην υπηρεσία, επί της οδού Τηλεμάχου Πλεύρη 2 *(περιοχή Ανάληψη)* στο Ηράκλειο.

Τα Κοινωνικά Προγράμματα αφορούν:

1. εκπαίδευση μαθητών στις ξένες γλώσσες
2. στήριξη μαθητών Λυκείου στην προετοιμασία τους για τις πανελλήνιες εξετάσεις (αποκλειστικά για τη Γ΄ Λυκείου) και
3. εκπαίδευση μαθητών, ηλικίας από 6 ετών έως 12 ετών, σε εκμάθηση αθλήματος.

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά**:

1. Αίτηση

2. Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου

3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

4. Εκκαθαριστικό οικονομικού έτους 2021

5. Έντυπο Ε1 και Ε9

*\*Για την εκμάθηση αθλήματος είναι απαραίτητη η ιατρική βεβαίωση ικανότητας άθλησης (από καρδιολόγο), η οποία θα προσκομιστεί στο αθλητικό σωματείο μετά την επιλογή των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.*

**Άλλα δικαιολογητικά προαιρετικά, εφόσον συντρέχουν λόγοι:**

1. Ιατρική γνωμάτευση

2. Βεβαίωση ανεργίας

3. Απόφαση επιμέλειας ανηλίκων

4. Ενοικιαστήριο/απόδειξη πληρωμής στεγαστικού δανείου Α΄ κατοικίας

**Οικονομικά Κριτήρια:**

**εισόδημα επιβολής εισφοράς κλιμακούμενο ως εξής:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Για οικογένεια με δύο (2) μέλη:** | **έως 6.000 €** |
| **» » » » τρία (3) μέλη** | **έως 7.500 €** |
| **» » » » τέσσερα (4) μέλη** | **έως 9.000 €** |
| **» » » » πέντε (5) μέλη** | **έως 10.500 €** |

*\*Άνω των 5 ατόμων, για κάθε επιπλέον μέλος γίνεται προσαύξηση 20%*

Περισσότερες πληροφορίες στα τηλέφωνα: 2813-410.709, -708, -712, -734 και στον ιστότοπο [www.crete.gov.gr](http://www.crete.gov.gr) (ενότητα ανακοινώσεις) της Περιφέρειας Κρήτης.

Συνημμένα: - Αίτηση Κοινωνικού Φροντιστηρίου Μέσης Εκπαίδευσης

- Αίτηση Κοινωνικού Φροντιστηρίου Ξένων Γλωσσών

- Αίτηση Κοινωνικού Αθλητισμού

Εικόνα που περιέχει κείμενο

Περιγραφή που δημιουργήθηκε αυτόματα

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

**Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : «Κοινωνικό Φροντιστήριο Μέσης Εκπαίδευσης»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ-ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**      ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | | |  | | | | | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | |
| Αριθμός Δελτίου  Ταυτότητας:\* | | | | |  | | | | | Α.Φ.Μ. | | |  | | | Αριθ.Άδειας  Οδήγησης:\* | |  | | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | | |  | | | Αριθ. Βιβλιαρίου  Υγείας:\* | | | | | |  | | Ιθαγένεια: | |  | | |
| Ημερομηνία  Γέννησης 1 : | |  | | | | | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | |
| Τόπος  Κατοικίας | | Χώρα: | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | | Αριθ: |  | | ΤΚ: |  |
| Τηλ.: |  | | | | | Fax: |  | | | | | | | | E mail: |  | | | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

1 Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός : π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΜΕΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

(αποκλειστικά για Γ΄ΛΥΚΕΙΟΥ)

1. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................ ΕΝΙΑΙΟ….....ΕΠΑΛ…………..

ΜΑΘΗΜΑΤΑ:…………………………………………………..................................................

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………………………………

2. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................ΕΝΙΑΙΟ…..... ΕΠΑΛ………….. ΜΑΘΗΜΑΤΑ:…………………………………………………..................................................

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………………………………

3. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................ ΕΝΙΑΙΟ….....ΕΠΑΛ………….. ΜΑΘΗΜΑΤΑ:…………………………………………………..................................................

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………………………………

4. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................ ΕΝΙΑΙΟ….....ΕΠΑΛ………….. ΜΑΘΗΜΑΤΑ:…………………………………………………..................................................

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………………………………

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά**:

**1**. Αίτηση

**2.** Αντίγραφο Αστ. Ταυτότητας ή   Διαβατηρίου

**3**. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

**4**. Εκκαθαριστικό σημείωμα

**5**. Έντυπο Ε1 και Ε9

**άλλα δικαιολογητικά προαιρετικά εφόσον συντρέχουν λόγοι :**

**1.** Ιατρική γνωμάτευση

**2.**  Βεβαίωση ανεργίας

**3.** Απόφαση επιμέλειας

**5.** Ενοικιαστήριο, απόδειξη πληρωμής στεγαστικού δανείου Α΄ κατοικίας

Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με το Ν.1599/89

ότι τα στοιχεία μου μπορούν να χρησιμοποιηθούν

όπου απαιτείται για την ένταξη των τέκνων μου

στα κοινωνικά προγράμματα.

Ηράκλειο .........../...../

**Ο ΑΙΤΩΝ / -ΟΥΣΑ**



### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

### Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

**Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : « Κοινωνικό Φροντιστήριο Ξένων Γλωσσών»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ-ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**      ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | | |  | | | | | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | |
| Αριθμός Δελτίου  Ταυτότητας:\* | | | | |  | | | | | Α.Φ.Μ. | | |  | | | Αριθ.Άδειας  Οδήγησης:\* | |  | | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | | |  | | | Αριθ. Βιβλιαρίου  Υγείας:\* | | | | | |  | | Ιθαγένεια: | |  | | |
| Ημερομηνία  Γέννησης 1 : | |  | | | | | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | |
| Τόπος  Κατοικίας | | Χώρα: | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | | Αριθ: |  | | ΤΚ: |  |
| Τηλ.: |  | | | | | Fax: |  | | | | | | | | E mail: |  | | | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

1 Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός : π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269

Παρακαλώ την ένταξη τ ...   παιδι....   μου στα κοινωνικό φροντιστήριο για ξένες γλώσσες που εφαρμόζει η υπηρεσία σας.

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΓΙΑ ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ** (Αγγλικά/Γαλλικά/Γερμανικά)

1. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:..................................................................Γλώσσα ...........................

Τάξη(Γλώσσας)……..ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………

Ηλικία:…………………………………. Σχολική τάξη (που θα πάει):………………………..

2. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:..................................................................Γλώσσα ...........................

Τάξη(Γλώσσας)……..ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………

Ηλικία:…………………………………. Σχολική τάξη (που θα πάει):………………………..

3. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:..................................................................Γλώσσα ...........................

Τάξη(Γλώσσας)……..ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………

Ηλικία:…………………………………. Σχολική τάξη (που θα πάει):………………………..

4.ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:..................................................................Γλώσσα ...........................

Τάξη(Γλώσσας)……..ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ:…………………

Ηλικία:…………………………………. Σχολική τάξη (που θα πάει):………………………..

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά**:

**1**. Αίτηση

**2.** Αντίγραφο Αστ. Ταυτότητας ή   Διαβατηρίου

**3**. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

**4**. Εκκαθαριστικό σημείωμα

**5**. Έντυπο Ε1 και Ε9

**άλλα δικαιολογητικά προαιρετικά εφόσον συντρέχουν λόγοι :**

**1.** Ιατρική γνωμάτευση

**2.**  Βεβαίωση ανεργίας

**3.** Απόφαση επιμέλειας

**5.** Ενοικιαστήριο, απόδειξη πληρωμής στεγαστικού δανείου Α΄ κατοικίας

Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με το Ν.1599/89

ότι τα στοιχεία μου μπορούν να χρησιμοποιηθούν

όπου απαιτείται για την ένταξη των τέκνων μου

στα κοινωνικά προγράμματα.

Ηράκλειο .........../...../22

**Ο ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ**



### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

### Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

**Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : « Κοινωνικός Αθλητισμός »**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ-ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**      ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | | |  | | | | | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | |
| Αριθμός Δελτίου  Ταυτότητας:\* | | | | |  | | | | | Α.Φ.Μ. | | |  | | | Αριθ.Άδειας  Οδήγησης:\* | |  | | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | | |  | | | Αριθ. Βιβλιαρίου  Υγείας:\* | | | | | |  | | Ιθαγένεια: | |  | | |
| Ημερομηνία  Γέννησης 1 : | |  | | | | | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | |
| Τόπος  Κατοικίας | | Χώρα: | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | | Αριθ: |  | | ΤΚ: |  |
| Τηλ.: |  | | | | | Fax: |  | | | | | | | | E mail: |  | | | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

1 Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός : π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269

Παρακαλώ την ένταξη τ ...   παιδι....   μου στο κοινωνικό πρόγραμμα που εφαρμόζει η υπηρεσία σας (κοιν. αθλητισμός).

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ :** (ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟ /ΜΠΑΣΚΕΤ /ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ /ΤΕΝΙΣ)

1.ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................Τάξη (που θα πάει)…….............

ΑΘΛΗΜΑ:………………………….ή…………………….....................ΗΛΙΚΙΑ:……………

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ: ………………………………..

2. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................Τάξη (που θα πάει)…….............

ΑΘΛΗΜΑ:………………………….ή…………………….....................ΗΛΙΚΙΑ:……………

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ: ………………………………..

3. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................Τάξη (που θα πάει)…….............

ΑΘΛΗΜΑ:………………………….ή…………………….....................ΗΛΙΚΙΑ:……………

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ: ………………………………..

4. ΟΝΟΜ/ΜΟ ΤΕΚΝΟΥ:........................................................Τάξη (που θα πάει)…….............

ΑΘΛΗΜΑ:………………………….ή…………………….....................ΗΛΙΚΙΑ:……………

ΠΕΡΥΣΙΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΑΘΛΗΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ: ………………………………..

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά**:

**1**. Αίτηση

**2.** Αντίγραφο Αστ. Ταυτότητας ή   Διαβατηρίου

**3**. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

**4**. Εκκαθαριστικό σημείωμα

**5**. Έντυπο Ε1 και Ε9

**άλλα δικαιολογητικά προαιρετικά εφόσον συντρέχουν λόγοι :**

**1.** Ιατρική γνωμάτευση

**2.**  Βεβαίωση ανεργίας

**3.** Απόφαση επιμέλειας

**5.** Ενοικιαστήριο, απόδειξη πληρωμής στεγαστικού δανείου Α΄ κατοικίας

Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με το Ν.1599/89

ότι τα στοιχεία μου μπορούν να χρησιμοποιηθούν

όπου απαιτείται για την ένταξη των τέκνων μου

στα κοινωνικά προγράμματα.

Ηράκλειο .........../...../

**Ο ΑΙΤΩΝ / ΟΥΣΑ**