**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………….

**ΟΝΟΜΑ:**…………………………………………….

**ΟΝ.ΠΑΤΡΟΣ:**…………………………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**…………………………………..

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΥΠΗΡΕΤΗΣΗ:**………………….

……………………………………………………………

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……………………….

……………………………………………………………

**ΠΟΛΗ:**……………………………………………….

**Τ.Κ.:**…………………………………………………..

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**…………………………………….

**ΠΡΟΣ**

**Το Δ/ντη-ντρια Προϊστάμενο/νη Σχολικής Μονάδας**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια …………… ημερών από ………………… μέχρι και …………………

λόγω ασθένειας τέκνου

 Συνημμένα υποβάλλω ιατρική γνωμάτευση.

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

|  |
| --- |
| **Ο Αιτών/ Η Αιτούσα** ………………………………………………………(Ον/μο- υπογραφή) |

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση άδειας λόγω ασθένειας**

 **τέκνου**»

Λαμία: …………………………………………