|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ  ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟΥΣΙΩΝ  Στοιχεία **μαθητή**/**μαθήτριας**  ΕΠΩΝΥΜΟ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΟΝΟΜΑ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΤΜΗΜΑ : \_\_\_\_\_\_  Στοιχεία **γονέα**/**κηδεμόνα**  ΕΠΩΝΥΜΟ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ΟΝΟΜΑ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Αριθμός Πρωτοκόλλου  *Συμπληρώνεται από το Σχολείο* |
| Προς τον Διευθυντή του Ιδιωτικού Λυκείου Νέα Εκπαιδευτήρια Γ. Μαλλιάρας Α.Ε.  Παρακαλώ όπως δικαιολογήσετε τις απουσίες από τα μαθήματα τ\_\_\_\_ μαθητ\_\_\_\_\_\_  Όνομα : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Επώνυμο : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  του τμήματος \_\_\_\_\_ που οφείλονται \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ημέρες απουσίας[[1]](#footnote-1) : \_\_\_\_\_\_  Από \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ μέχρι[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_  Συνημμένα υποβάλλω:  🞎 *Ιατρική Βεβαίωση/Γνωμάτευση.*  🞎 *Βεβαίωση παρουσίασης στο Συμβούλιο Επιλογής Οπλιτών.*  🞎 *Εξιτήριο Νοσοκομείου.*  *Άλλο/Άλλα :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Άλιμος, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_  Ο/Η αιτών/αιτούσα  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(υπογραφή)* |

1. *Αριθμητικά.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Σε περίπτωση απουσίας μίας (1) ημέρας η αρχική και τελική ημερομηνία συμπίπτουν.* [↑](#footnote-ref-2)