



Αίτηση Αρχικής Εγγραφής & Δήλωση Μαθημάτων

ΣΧΟΛΗ : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ :
Ταχ. Δ/ση : Μητροδώρου 24 Ακαδημία Πλάτωνος
Τηλέφωνο : 210 5387485
Fax : 2105387474
Email : teiaphysio@teiath.gr

Αρ. Πρωτοκόλλου :

Ημ/νία :

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

Όνομα Πατέρα :

Όνομα Μητέρας :

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου :

Ημ/νία Γέννησης :

Τόπος Γέννησης :

Φύλο : ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

Αριθμός Μητρώου Αρρένων Δήμου :

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας :

Διεύθυνση επικοινωνίας :

Τηλέφωνα επικοινωνίας :

Email επικοινωνίας :

Τρόπος Εισαγωγής :

- ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΕΣ
- ΕΠΑΛ
- ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΘΕΣΗΣ
- ΟΜΟΓΕΝΗΣ
- ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ – ΑΛΛΟΓΕΝΗΣ
- ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ:
- ΚΑΤΑΤΑΞΗ

Εξάμηνο 1^{ης} Εγγραφής :

Σπουδαστικό Έτος :

Δηλώνω ότι δεν είμαι εγγεγραμμένος/η σε άλλη Σχολή ή Τμήμα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Ελλάδας και ότι επιθυμώ να παρακολουθήσω τα μαθήματα που δηλώνω στο έντυπο που συνημμένα υποβάλλω.

Ο/Η Αιτών/ούσα και Δηλών / ούσα

.....
(υπογραφή)

Συνημμένα: Δήλωση μαθημάτων