

ΑΙΤΗΣΗ

Του/Της

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

γονέα/κηδεμόνα του/της μαθητή/τριας

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

της Β΄/Γ΄ τάξης του ΓΕΛ/ΕΠΑΛ/Μουσικού

.....

τηλ:.....

Email:.....

Θέμα: «Τηλέ - συνάντηση με τον Εκπαιδευτικό με Εξειδίκευση στη Συμβουλευτική στον Επαγγελματικό Προσανατολισμό του Κ.Ε.Σ.Υ. Αρκαδίας»

ΠΡΟΣ:

Κέντρο Εκπαιδευτικής και
Συμβουλευτικής Υποστήριξης
(Κ.Ε.Σ.Υ.) Αρκαδίας

Επιθυμώ την ενημέρωση και ατομική συμβουλευτική υποστήριξη του παιδιού μου από τον Εκπαιδευτικό του Κ.Ε.Σ.Υ. Αρκαδίας με Εξειδίκευση στη Συμβουλευτική στον Επαγγελματικό Προσανατολισμό.

Στην περίπτωση που χρειαστεί συναινώ, στην επεξεργασία των τεστ του ΕΟΠΠΕΠ: α) Τεστ Επαγγελματικών Ενδιαφερόντων, β) Τεστ Εργασιακών Αξιών, γ) Τεστ Επαγγελματικών Αποφάσεων και στην επεξεργασία τους.

Ο αιτών/Η αιτούσα

Ημερομηνία:,/...../202...

Τηλέφωνο επικοινωνίας υπεύθυνου εκπαιδευτικού: 2710-221575 (Νικόλαος Μαρκολέφας)
Η αίτηση πρέπει να αποσταλεί στο Κ.Ε.Σ.Υ. Αρκαδίας, με e-mail στο mail@kesy.ark.sch.gr ή στο FAX: 2710-221576 (υπογεγραμμένη).