

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Δηλώνω ότι θα ήθελα να παρακολουθήσω το Σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών που διοργανώνει η Υπεύθυνη Αγωγής Υγείας και ο Σύλλογος Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Καρύστου και το οποίο θα πραγματοποιηθεί την Κυριακή 3/4/2011 στο 1<sup>ο</sup> Δημοτικό Σχολείο Καρύστου (10.00 – 14.00).

ΟΝΟΜΑ : \_\_\_\_\_

ΕΠΩΝΥΜΟ : \_\_\_\_\_

ΣΧΟΛΕΙΟ : \_\_\_\_\_

ΤΑΞΗ : \_\_\_\_\_

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : \_\_\_\_\_ (Σχολείου)

\_\_\_\_\_ (Προσωπικό)

..... \_\_\_/\_\_\_ /2011

Ο δηλών / Η δηλούσα