



Υπουργείο Παιδείας, Αθλητισμού και Νεολαίας

ΕΝΤΥΠΟ 1 - ΓΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ
ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - JOB SHADOWING

1. Στοιχεία Μαθητή/τριας

Πεδίο	Πληροφορίες
Σχολείο	
Όνομα	
Επώνυμο	
Τμήμα	
Κατεύθυνση	
Αρ. Ταυτότητας / Αρ. ARC για αλλοδαπούς	
Ημερομηνία γέννησης	
Διεύθυνση κατοικίας	
Τηλέφωνο επικοινωνίας γονέα/κηδεμόνα	
Email γονέα/κηδεμόνα	

2. Στοιχεία Φορέα Υποδοχής – Εργοδότη για τοποθέτηση μαθητή/τριας

Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η εξεύρεση φορέα υποδοχής/εργοδότη για τοποθέτηση του παιδιού σας, παρακαλώ όπως αφήσετε κενό τον πιο κάτω πίνακα.

Πεδίο	Πληροφορίες
Επωνυμία φορέα	
Διεύθυνση φορέα	
Όνοματεπώνυμο ατόμου επικοινωνίας – υπεύθυνου/ης για εποπτεία μαθητή/τριας	
Τηλέφωνο επικοινωνίας	
Περίοδος τοποθέτησης του/της μαθητή/τριας (σημειώστε το τριήμερο το οποίο έχει καθοριστεί για το Λύκειο φοίτησης του/της μαθητή/τριας με βάση το πρόγραμμα στο Παράρτημα 2)	Από: ___ / ___ / ___ έως: ___ / ___ / ___
Τμήμα / Τομέας Δραστηριότητας	

3. IBAN Γονέα/Κηδεμόνα για καταβολή επιδόματος

