

1° 12/ΘΕΣΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΡΑΦΗΝΑΣ
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: **ΧΡΥΣ. ΣΜΥΡΝΗΣ 10, 19009**
ΤΗΛ.: **22940 24700** ΦΑΞ: **22940 22550**
E-MAIL: mail@1dim-rafin.att.sch.gr
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: **ΣΑΡΑΝΤΗΣ Κ. ΧΕΛΜΗΣ**

Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η *

Ο/Η υπογραφόμεν____ γονέας ή κηδεμόνας _____
_____ τ____ μαθητ____ του **Δ₁ Τμήματος** του 1^{ου} Δημοτικού
Σχολείου Ραφήνας _____

Δ Η Λ Ω Ν Ω

ότι επιθυμώ το παιδί μου στην Πέμπτη (Ε') τάξη, κατά το σχολικό έτος 2015-2016, να παρακολουθήσει ως δεύτερη ξένη γλώσσα το μάθημα των (συμπληρώστε ανάλογα με √)

1. **γαλλικών**

2. **γερμανικών**

Ραφήνα, _____ 2015

Ο/Η δηλ_____

(υπογραφή)

* Παρακαλείσθε όπως η παρούσα δήλωση επιστραφεί συμπληρωμένη στον εκπαιδευτικό του τμήματος **το αργότερο μέχρι 8 Ιουνίου 2015**

Σας γνωρίζουμε, επίσης, ότι, σύμφωνα με την υπ' αρ. Φ.52/283/56200/Γ1 εγκύκλιο του Υ.ΠΑΙ.Θ.Π.Α:

- Στα σχολεία με δύο ή και περισσότερα τμήματα, οι μαθητές οργανώνονται σε τμήματα Γαλλικής και Γερμανικής, τα οποία συγκροτούνται από μαθητές όλων των τμημάτων της τάξης, ανάλογα με τη δήλωση προτίμησης τους.
- Ο ελάχιστος αριθμός μαθητών για τη δημιουργία τμήματος παράλληλης διδασκαλίας ή τμήματος που συγκροτείται από μαθητές δύο ή περισσότερων τμημάτων είναι **12 μαθητές**.
- Σε περίπτωση **μη συμπλήρωσης** του απαιτούμενου ελάχιστου αριθμού μαθητών (12) για τη δημιουργία τμήματος σε μία γλώσσα προτίμησης, τότε οι μαθητές ακολουθούν υποχρεωτικά την επιλογή με τις περισσότερες προτιμήσεις.