Α Ι Τ Η Σ Η

# Προφορικής Εξέτασης Δυσλεκτικού μαθητή

**Επώνυμο** : …………………………………….

**Όνομα** : ……………………………………….

**Κηδεμόνας τ**…. **μαθητ** ….…………………..

………………………………………………… **της** ………… **τάξης** ………………**Λυκείου κατοίκου** ………………………………….. **Οδός** ……………………………………… **Αριθμός** ……………………………………… **Τηλέφωνο** …………………………………….

**…………….. …./…./ 201…**

**ΠΡΟΣ**

# Την Δ/ντρια του Γενικού Λυκείου Καλαμωτής.

Σας υποβάλλω Ιατρική βεβαίωση και σας παρακαλώ να υποκατασταθούν οι γραπτές εξετάσεις του παιδιού μου με προφορικές λόγω δυσλεξίας.

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**