



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Γλυκά Νερά, 16-02-2012

Αρ. Πρωτ.: **Φ.55/4151**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Ταχ. Δ/νση: Λεωφόρος Λαυρίου 150 & Ανδρικού 4  
15454 Γλυκά Νερά  
Πληροφορίες: Κ. Μίχου  
Τηλέφωνα: 210/6049211  
Φαξ: 210-6658499  
e-mail: [alidikimichou@hotmail.com](mailto:alidikimichou@hotmail.com)  
health.ed@dipe-anatol.att.sch.gr

ΠΡΟΣ: Τα δημόσια και ιδιωτικά Δημοτικά  
Σχολεία και Νηπιαγωγεία του πρώην  
1<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> Γραφείου της Δ/νσης Π.Ε.  
Αν. Αττικής

1. κ.κ. Σχολικούς Συμβούλους Π.Ε. και  
ΚΟΙΝ: Προσχολικής Αγωγής  
2. κ. Σύμβουλο Ειδικής Αγωγής

**ΘΕΜΑ:** «4ωρο σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών για τους εκπαιδευτικούς του πρώην 1<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> Γραφείου  
Ανατολικής Αττικής»

Η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Ανατολικής Αττικής-Αγωγή Υγείας σε συνεργασία με τον  
Ερυθρό Σταυρό διοργανώνει 4ωρο σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών για τους εκπαιδευτικούς του πρώην 1<sup>ου</sup> και  
4<sup>ου</sup> Γραφείου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Ανατολικής Αττικής. Το σεμινάριο θα διεξαχθεί στο 13<sup>ο</sup> Δ.Σ.  
Αχαρνών (Χατζηπέτρου Δ. 8, Αχαρνές, τηλ. 210 2466588) στην παρακάτω ημερομηνία και ώρες:

- **Πέμπτη 8 Μαρτίου 2012 και ώρα 16:00 – 20:00**

Ο αριθμός των συμμετεχόντων ορίζεται στα 30 άτομα και για το λόγο αυτό θα τηρηθεί σειρά  
προτεραιότητας με βάση την ημερομηνία αποστολής των δηλώσεων συμμετοχής. Στους συμμετέχοντες θα  
χορηγηθεί βεβαίωση συμμετοχής.

**Παρακαλούνται οι εκπαιδευτικοί που επιθυμούν να δηλώσουν συμμετοχή να στείλουν συμπληρωμένη  
την παρακάτω αίτησή το συντομότερο δυνατόν στην ηλεκτρονική διεύθυνση [health.ed@dipe-  
anatol.att.sch.gr](mailto:health.ed@dipe-anatol.att.sch.gr)**

*Η Διευθύντρια*

*Διεύθυνσης Π.Ε. Ανατολικής Αττικής*

*Βασιλική Ξοθάλη*

**Προς την Υπεύθυνη Αγωγής Υγείας της Διεύθυνσης Π.Ε. Ανατολ. Αττικής,  
Κατερίνα Μίχου**

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ 4ΩΡΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ  
Για τους εκπαιδευτικούς του πρώην 1<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> Γραφείου**

**ΟΝΟΜΑ:**.....

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**.....

**ΣΧΟΛΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**.....

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**.....

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:**.....

Ημερομηνία αίτησης,

.....

**Ο/Η εκπαιδευτικός**