

Θέση φωτογραφίας

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Προς το Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ανθρώπινη Απόδοση και Υγεία»
του ΤΕΦΑΑ/ΑΠΘ

Επώνυμο _____

Όνομα _____

Όνομα πατέρα _____

Όνομα και πατρώνυμο μητέρας _____

Τόπος γέννησης _____

Ημ. Γέννησης _____

Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας _____

Διεύθυνση κατοικίας στη Θεσσαλονίκη _____

Τηλέφωνο κινητό _____ Τηλέφωνο Οικίας _____

Τηλέφωνο εργασίας: _____ Φάξ: _____

E-mail _____

Σας παρακαλώ να εγκρίνετε την εγγραφή μου
στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών
Σπουδών «Ανθρώπινη Απόδοση και Υγεία» του
του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και
Αθλητισμού Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης.

Θεσσαλονίκη/...../.....

Υπογραφή

Απόφαση Εγγραφής

(συμπληρώνεται από το πρόγραμμα)