

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*
	ΤΗΛΕΦΩΝΟ*	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ*	EMAIL

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ				
	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΧΟΛΕΙΟ*	ΤΑΞΗ*			
ΝΕΟΣ ΜΑΘΗΤΗΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΜΑΘΗΤΗΣ EYE LEVEL	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΕΠΑΝΕΓΓΡΑΦΗ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΑΔΕΛΦΟΣ/Η ΜΑΘΗΤΗ ΣΤΟ EYE LEVEL	ΕΝΑΣ <input type="checkbox"/> ΔΥΟ <input type="checkbox"/>

1. Πώς μάθατε για το εκπαιδευτικό κέντρο Eye Level Athens; Εφημερίδα Website Facebook Σύσταση από φίλους Διαφημιστική πινακίδα κέντρου Φυλλάδιο

ΑΛΛΟ:

2. Ποιο μάθημα θέλετε να παρακολουθήσετε; Μαθηματικά Play Math Αγγλικά Κινέζικα

3. Ποιος είναι ο λόγος που θέλετε να εγγράψετε το παιδί σας στο Eye Level; Ανάπτυξη κριτικής σκέψης Βελτίωση μαθητικών επιδόσεων Δημιουργική απασχόληση

Απόκτηση ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων Εκμάθηση αποδοτικών πρακτικών διαβάσματος

ΑΛΛΟΙ:

4. Κατά την άποψή σας σε ποιο επίπεδο βρίσκεται το παιδί σας στα Μαθηματικά τώρα; Μέτριο Ικανοποιητικό Εξαιρετικό Σχολικός βαθμός στα μαθηματικά*

5. Ποια είναι η γενική απόδοση του παιδιού σας στο σχολείο; Μέτρια Ικανοποιητική Εξαιρετική Γενικός μέσος όρος*

6. Ποιες δυσκολίες πιστεύετε ότι αντιμετωπίζει το παιδί σας στα Μαθηματικά ή στη γενική απόδοσή του; _____

7. Ποιες διανοητικές δεξιότητες θα θέλατε να αποκτήσει το παιδί σας στο Eye Level; Συγκέντρωση / Προσοχή Αυτοδύναμη μάθηση (να μάθει να διαβάζει μόνο του)

Ταχύτερη και αποτελεσματικότερη μελέτη Βελτίωση της σχολικής επίδοσης Αριστεία Αυτοπεποίθηση

ΛΟΙΠΑ ΣΧΟΛΙΑ: _____