

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

**για παρακολούθηση δράσεων και παρεμβάσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης
μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της αγωγής υγείας του Υπουργείου Υγείας**

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

.....γονέας/κηδεμόνας,

της/του μαθήτριας/τη

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Συγκατατίθεμαι

☐

Δε συγκατατίθεμαι

☐

να συμμετέχει το παιδί – κηδεμ/νος μου στην παρακολούθηση/υλοποίηση
δράσεων/παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας που συντονίζονται και υλοποιούνται σε συνεργασία
των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού.

**Το παιδί – κηδεμ/νος μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία σε
οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.**

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

.....

Ημερομηνία

...../...../20....