



ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΣΤΑΥΡΟΥ

Σχολική χρονιά 2024 – 2025

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ/ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ

Ιατρική εξέταση μαθητή/τριας

Ως γονέας/κηδεμόνας του/της του
τιμήματος, δηλώνω ότι, στην περίπτωση που το παιδί μου επιλεγεί από τους καθηγητές
του να συμμετάσχει σε σχολικούς αθλητικούς αγώνες, συγκατατίθεμαι να υποβληθεί στην
απαραίτητη ιατρική εξέταση από τον/την σχολίατρο, σύμφωνα με τους προβλεπόμενους
κανονισμούς.

Όνοματεπώνυμο κηδεμόνα:

Υπογραφή:

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Ημερομηνία: