

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Ο/Η υπογράφων/-ουσα _____ του
_____ κηδεμόνας _____ του/της _____ μαθητή/-τριας
_____ της _____ τάξης του _____ τμήματος του 1^{ου}

Γυμνασίου Ασπροπύργου δηλώνω υπεύθυνα ότι **συμφωνώ** να συμμετάσχει στον έλεγχο των βιβλιαρίων υγείας. Ο έλεγχος των βιβλιαρίων υγείας θα γίνει από κλιμάκιο του Γ.Ν.Ε. ΘΡΙΑΣΙΟΥ, στο χώρο του σχολείου και έχει σκοπό τον έλεγχο της εμβολιαστικής κάλυψης των μαθητών, μέσα από την ανάγνωση του βιβλιαρίου υγείας του/της μαθητής/τριας και την υπενθύμιση τυχόν ξεχασμένων εμβολιαστικών δόσεων.

Η συμμετοχή των μαθητών **δεν είναι** υποχρεωτική.

Η επιστροφή της δήλωσης γίνεται **μόνο** από τους μαθητές, που οι κηδεμόνες τους επιθυμούν τον έλεγχο, στον υπεύθυνο καθηγητή του τμήματος μέχρι τη Παρασκευή 8/11/2019.

Οι γονείς θα ενημερωθούν για την ημερομηνία διεξαγωγής του ελέγχου αρκετές μέρες πριν πραγματοποιηθεί, ώστε να μεριμνήσουν τη συγκεκριμένη μέρα τα παιδιά τους να έχουν μαζί τα βιβλιάρια υγείας.

Ο/Η Δηλών/-ούσα