

**ΕΝΤΥΠΟ Β****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....