ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΓΙΑ ΔΙΔΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,
Σας ενημερώνουμε ότι οι μαθητές/τριες του 59ου Γυμνασίου Αθηνών πρόκειται να πραγματοποιήσουν διδακτική επίσκεψη με τα ακόλουθα στοιχεία:

- **Προορισμός: PALLINI CLUB**
- **Ημερομηνία:** 03/12/2026
- **Σκοπός – Εκπαιδευτικό αντικείμενο:** Η ενίσχυση της σωματικής και ψυχικής υγείας και ευεξίας. Η ανάπτυξη των κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων.
- **Πρόγραμμα επίσκεψης:** Αθλητικές δραστηριότητες, Αθλοπαιδιές (μπάσκετ, βόλλεϋ, ποδόσφαιρο κ.α.)
- **Ώρα αναχώρησης:** 09.00
- **Ώρα επιστροφής:** 13.30
- **Μέσο μετακίνησης:** Τουριστικό λεωφορείο
- **Κόστος συμμετοχής: 12** €

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να επιστρέψετε στο σχολείο την παρακάτω υπεύθυνη δήλωση συναίνεσης. Η δήλωση υποβάλλεται σε έντυπη ή ψηφιακή μορφή. Αν η υπογραφή δεν φέρει θεώρηση του γνησίου, η δήλωση υποβάλλεται αυτοπροσώπως.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΠΡΟΣ:	το 59ο Γυμνάσιο Αθηνών						
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης:							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (e-mail):							

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Ασκώ την επιμέλεια του/της μαθητή/τριας, ……, του τμήματος…….. της τάξης ……. του 59ου Γυμνασίου Αθηνών.
2. Συναινώ στη συμμετοχή του/της παιδιού στην ανωτέρω διδακτική επίσκεψη του σχολείου.
3. Έχω ενημερωθεί για τον σκοπό, το πρόγραμμα, το ωράριο και το μέσο μετακίνησης της επίσκεψης και συναινώ ανεπιφύλακτα η συμμετοχή του παιδιού μου να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τους όρους διεξαγωγής της συγκεκριμένης εκπαιδευτικής δράσης και τους προβλεπόμενους κανόνες ασφαλείας και συμπεριφοράς μαθητών, όπως αυτοί ορίζονται από την κείμενη νομοθεσία και τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της σχολικής μονάδας.
4. Ενημερώνω το σχολείο για τυχόν χρόνιο ή άλλο πρόβλημα υγείας του παιδιού μου, στον βαθμό που η σχετική πληροφορία είναι απολύτως αναγκαία για την ασφάλειά του (φάρμακα, ειδική διατροφή, τηλέφωνο θεράποντος ιατρού, ενέργειες σε περίπτωση ανάγκης): .....
   .....
   .....
   .....
   .....
5. Τα στοιχεία επικοινωνίας που αναγράφονται παραπάνω είναι επικαιροποιημένα.

Ημερομηνία: …… / …… / ……

Ο/Η Δηλών/ούσα

Υπογραφή:

Ονοματεπώνυμο:
……