|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ED |  |  |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ** **\_\_\_\_\_****ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π.Ε. & Δ.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ****\_\_\_\_\_****Δ/ΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ Β΄ ΑΘΗΝΑΣ****\_\_\_\_\_****4ο Γυμνάσιο Αμαρουσίου** |  |

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Ο/Η ……………………………………………………......................... , γονέας/κηδεμόνας του/της μαθητή/τριας ……………………………………………….………………………., που φοιτά στην ……... τάξη, δηλώνω υπεύθυνα ότι συμφωνώ το παιδί μου να δεχθεί ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική από τον/την κ. Ζωιτάκη Σοφία, ψυχολόγο του σχολείου,στο πλαίσιο της πράξης :«Ενίσχυση και ενδυνάμωση της κοινωνικοσυναισθηματικής ανάπτυξης και ανθεκτικότητας των μαθητών μέσω του θεσμού ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού, σχολικά έτη 2023-2026 ( σύμφωνα με την 73277/11-08-2023 –ΑΔΑ: ΨΤΘΤΗ-6ΗΘ ) η οποία θα βρίσκεται στο χώρο του σχολείου κάθε Παρασκευή.

|  |
| --- |
| **…………………………… , ….. / ….. / 202…****Ο Γονέας/ Κηδεμόνας** |
| **………………………..………………..**(Ονοματεπώνυμο, υπογραφή) |
|  |
| **Τηλέφωνα επικοινωνίας οικογένειας**Οικίας: ……………………………………………..Κινητό μητέρας: ………………………………Κινητό πατέρα: ………………..………………Email: ……………………………………………… |