|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ED |  |  |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ****\_\_\_\_\_****ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π.Ε. & Δ.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ****\_\_\_\_\_****Δ/ΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ Β΄ ΑΘΗΝΑΣ****\_\_\_\_\_****2ο 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 την κ. Ζωιτάκη Σοφία Γεωργία, ψυχολόγο του σχολείου.

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