|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ED |  |  |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ**  **\_\_\_\_\_**  **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π.Ε. & Δ.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ**  **\_\_\_\_\_**  **Δ/ΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ Δ ΄ ΑΘΗΝΑΣ**  **\_\_\_\_\_**  **4Ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΓΛΥΦΑΔΑΣ** | **ΣΧΟΛ. ΕΤΟΣ 2021-2022** |

**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. Χαρδαλιά Όλγα, ψυχολόγο του σχολείου.

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