|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: ……………………………………………… |