



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών  
(άρθρο 8, παρ. 4, Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	τον Διευθυντή του Πειραματικού Μουσικού Γυμνασίου Παλλήνης											
Ο - Η Όνομα:						Επώνυμο:						
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:												
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:												
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :												
Τόπος Γέννησης:												
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:							τηλέφωνο					
Τόπος Κατοικίας:					Οδός:				Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιτύπου (Fax):							Δ/ση Ηλ. Ταχυδρομείου (E-mail):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6, του άρθρου 22, του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Επιτρέπω  Δεν επιτρέπω  στ \_\_\_\_\_ υιο / κόρη μου (Επώνυμο:) \_\_\_\_\_  
(Όνομα:)

- να συμμετάσχει στην διδακτική επίσκεψη **στο πλαίσιο του μαθήματος της Φυσικής (Γ΄ Γυμνασίου)** που διοργανώνει το Μουσικό Γυμνάσιο Παλλήνης **στο Κέντρο Επισκεπτών του Εθνικού Αστεροσκοπείου Αθηνών περιοχής Πεντέλης, την Παρασκευή 15/03/2024** (αναχώρηση 08.40' - επιστροφή 14.15') με συνολικό κόστος συμμετοχής 8 ευρώ (5 ευρώ σχολικό λεωφορείο + 3 ευρώ εισιτήριο εισόδου). Η σίτιση και τα σχολικά δρομολόγια από και προς το σχολείο θα πραγματοποιηθούν κανονικά.
- Αποδέχομαι το πλαίσιο Υλοποίησης της εκδρομής στο σύνολό της και του / της συνέστησα να υπακούει **άμεσα και αναντίρρητα** στον αρχηγό και τους/τις συνοδούς Καθηγητές/Καθηγήτριες και να τηρεί **απαρέγκλιτα** το πρόγραμμα της εκδρομής
- Το παιδί μου **δεν πάσχει από καμία μακροχρόνια ασθένεια**, η οποία χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή. Σε διαφορετική περίπτωση θα ενημερώσω **εγγράφως** με Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8, §4 του Νόμου 1599/1986 τους/τις συνοδούς Καθηγητές/Καθηγήτριες για **α)** τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί (με **σΥΝημμένο σημείωμα Υπογεγραμμένο από τον θεράποντα ιατρό**), **β)** τις πρώτες ενέργειες σε περίπτωση ανάγκης και **γ)** τα στοιχεία και το τηλέφωνο του θεράποντος ιατρού (§B, του άρθρου 6, της Υ.Α. 33120/ΓΔ4/06-03-2017).

Ημερομηνία \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Ο / Η Δηλών / Δηλούσα

(Υπογραφή και Ολογράφως)