

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(1): | τον Διευθυντή του Πειραματικού Μουσικού Γυμνασίου Παλλήνης |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2): |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  τηλέφωνο |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |  |  |  |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  |  | Δ/νση Ηλ.Ταχυδρομείου (Ε-mail): |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

στ υιο / κόρη μου *(Επώνυμο:)*

* Επιτρέπω  Δεν επιτρέπω

 *(Όνομα:)* \_

1. να συμμετάσχει στην διδακτική επίσκεψη **στο πλαίσιο του μαθήματος της Κοινωνικής και Πολιτικής Αγωγής (Γ΄ Γυμνασίου)** που διοργανώνει το Μουσικό Γυμνάσιο Παλλήνης εποχούμενη (σχολικό λεωφορείο) διδακτική επίσκεψη **στο Μουσείο της Πολεμικής Αεροπορίας στην Αεροπορική Βάση της Σχολής Ικάρων στη Δεκέλεια**, **την Τετάρτη** **29**/**11**/**2023** (αναχώρηση 08.40΄– επιστροφή 14.15΄) **με κόστος συμμετοχής 5 ευρώ. Η σίτιση των μαθητών / μαθητριών και τα σχολικά δρομολόγια από και προς το σχολείο θα πραγματοποιηθούν κανονικά.**
2. 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
3. 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 (§Β, του άρθρου 6, της Υ.Α. 33120/ΓΔ4/06-03-2017).

 Ημερομηνία \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

 Ο / Η Δηλών / Δηλούσα

 (Υπογραφή και Ολογράφως)

 (Με γνήσιο υπογραφής μέσω gov.gr ή από ΚΕΠ)