



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. Τηλεομοιτύπου (Fax):							Δ/ση Ηλ. Ταχυδρομείου (E-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:

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

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