



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/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 των μαθημάτων της Χημείας και Γεωλογίας - Γεωγραφίας (Β' Γυμνασίου)** που διοργανώνει το Μουσικό Γυμνάσιο Παλλήνης **στο Μουσείο Ορυκτολογίας και Παλαιοντολογίας του Τμήματος Γεωλογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, την Παρασκευή 15/03/2024** (αναχώρηση 08.40' - επιστροφή 14.15') με συνολικό κόστος συμμετοχής 7 ευρώ (5 ευρώ σχολικό λεωφορείο + 2 ευρώ εισιτήριο μουσείου). **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)