### 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): |  |  |
| Ο – ~~Η~~ Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Ε-mail): |  |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: ως γονέας ή κηδεμόνας τ…… μαθητ…..….. ….…………………………………………………………………………………………………. της Γ΄ τάξης του………………… τμήματος, δηλώνω υπεύθυνα και με όσα ορίζει ο νόμος 1349/83 περί γονικής μέριμνας και επιμέλειας ανηλίκων, ότι **επιτρέπω** τη συμμετοχή του/της στην πενθήμερη εκδρομή που θα πραγματοποιηθεί οδικώς από τις 11 έως 15 Δεκεμβρίου 2024 σε Σόφια και Βελιγράδι, σύμφωνα με το συνοπτικό πρόγραμμα που ακολουθεί:1η ΗΜΕΡΑ, 11/12: ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - ΣΟΦΙΑ. Διανυκτέρευση στη Σόφια (ASTORIA HOTEL 4\*).2η ΗΜΕΡΑ, 12/12: Περιήγηση στη ΣΟΦΙΑ - αναχώρηση για ΒΕΛΙΓΡΑΔΙ. Διανυκτέρευση στο Βελιγράδι (QUEEN’S ASTORIA HOTEL 4\*).3η ΗΜΕΡΑ, 13/12: Περιήγηση και διανυκτέρευση στο ΒΕΛΙΓΡΑΔΙ (QUEEN’S ASTORIA HOTEL 4\*).4η ΗΜΕΡΑ, 14/12: Ημερήσια εκδρομή στο ΝΟΒΙ ΣΑΝΤ - SREMSKI KARLOVSCI - διανυκτέρευση στο Βελιγράδι (QUEEN’S ASTORIA HOTEL 4\*).5η ΗΜΕΡΑ, 15/12: ΒΕΛΙΓΡΑΔΙ – ΝΙΣ – ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.Δηλώνω επίσης ότι έχω ενημερωθεί και αποδέχομαι τους κανόνες που μου έχουν κοινοποιηθεί για τις υποχρεώσεις και τη συμπεριφορά των μαθητών/τριών κατά τη διάρκεια της εκδρομής και δεν θα θεωρήσω υπεύθυνους τους συνοδούς εκπαιδευτικούς για οτιδήποτε προκύψει, εφόσον αυτό οφείλεται σε μη συμμόρφωση του παιδιού μου με τις υποδείξεις των συνοδών εκπαιδευτικών ή σε απομάκρυνσή του από την ομάδα των εκδρομέων.Επιβεβαιώνω τέλος ότι το παιδί μου είναι απόλυτα υγιές και δεν ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή. Σε αντίθετη περίπτωση οφείλω να ενημερώσω εγγράφως το σχολείο για το πρόβλημα και τα φάρμακα τα οποία αναλαμβάνει να χρησιμοποιεί με δική του ευθύνη. |

Ημερομηνία: ../../20...

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)