

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΝΤΥΠΟ Β

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για παρακολούθηση δράσεων και παρεμβάσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης
μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της αγωγής υγείας του Υπουργείου Υγείας

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

.....γονέας/κηδεμόνας,

της/του μαθήτριας/τή

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Συγκατατίθεμαι

☐

Δε συγκατατίθεμαι

☐

να συμμετέχει το παιδί μου στην παρακολούθηση του προγράμματος Αγωγής Υγείας **«Αγωγή
Στοματικής Υγείας: Δόντια γερά – Στοματική υγεία για παιδιά»** στις 4/3/2025 που
συντονίζεται και υλοποιείται, σε συνεργασία των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας και
Θρησκευμάτων, από το Κ.Υ. Αγ. Ιεροθέου

Το παιδί μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία σε οποιοδήποτε
στάδιο της διεξαγωγής της.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

Ημερομηνία

.....

...../...../2025