

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π.& Δ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Δ΄ΑΘΗΝΑΣ**

**14οΓΥΜΝΑΣΙΟ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η……………………………………………………………………………….............

με Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ………………………………………., γονέας /κηδεμόνας του / της

μαθητή / τριας ………………………………………………………………………………… της ………. τάξης

του 14ουΓυμνασίου Καλλιθέας, δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω στον / στην παραπάνω μαθητή / τρια, να πραγματοποιεί ατομικές συναντήσεις με την Ψυχολόγο του σχολείου.

Ημερομηνία……………………………………….

Ο/Η Δηλών / ούσα

……………………………………………………………………..

Παρακαλείσθε να σημειώσετε έναν **αριθμό τηλεφώνου** επικοινωνίας σε περίπτωση που χρειαστεί …………………………………………………………………………………