

Υπεύθυνη Δήλωση συναίνεσης γονέα ή κηδεμόνα

Δηλώνω ότι επιτρέπω στον/στην
μαθητή/μαθήτρια στην τάξη του 1^{ου} ΕΠΑΛ Δάφνης,

να συμμετάσχει σε ατομικές/ ομαδικές συναντήσεις με την Ευσταθία Φιλιππάκη Ψυχολόγο του σχολείου.

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα

.....

Υπογραφή

Ημερομηνία

.../.../2024

.....