**Προς το**

**1ο ΕΠΑΛ ΣΕΡΒΙΩΝ**

(ατομικά στοιχεία γονέα/κηδεμόνα)

Επώνυμο: ........................................................................................................

Όνομα: ...........................................................................................................

Διεύθυνση: ......................................................................................................

Τηλ.: ................................................................................................................

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ – ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΟΝΕΑ**

 Ο/Η υπογραφόμενος/η ..............................................................................................γονέας / κηδεμόνας τ.... μαθητ..... ……................................................................................................ της ........... τάξης του 1ου ΕΠΑΛ Σερβίων **δηλώνω υπεύθυνα,** ότι επιτρέπω τη συμμετοχή του παιδιού μου σε ατομικές συνεδρίες με την αναπληρώτρια ψυχολόγο του σχολείου Σπανουδάκη Ιωάννα στις …… /…. / 2023

 Κοζάνη, .….. /…… /2023 **Ο /Η Δηλών/ούσα**

  *(υπογραφή)*