



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΠΕΡΙΦ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ Α΄ ΑΘΗΝΑΣ
66^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΑΘΗΝΩΝ - ΑΡΙΣΤΟΚΛΕΙΟ
Ταχ.Δ/ση: ΔΡΑΚΟΝΤΟΣ 6
Ταχ. Κωδ.: 10442, ΑΘΗΝΑ
Πληροφορίες:κα Κατσαδήςμα
Τηλέφωνο/FAX:210 5155892
e-mail:mail@66gym-athin.att.sch.gr

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η υπογραφόμεν.....
κηδεμόνας τ..... μαθητ.....

Δηλώνω υπεύθυνα

ότι αποδέχομαι τη συμμετοχή του παιδιού μου μαθητή/τριας της **Γ΄ τάξης** στην τριήμερη εκδρομή του 66^{ου} Γυμνασίου Αθηνών - ΑΡΙΣΤΟΚΛΕΙΟ σε **ΚΑΛΑΜΑΤΑ - ΜΥΣΤΡΑΣ - ΑΡΕΟΠΟΛΗ - ΣΠΗΛΑΙΑ ΔΥΡΟΥ** στις **04, 05 και 06 Απριλίου 2024**, με κόστος 160 € και με τη συνοδεία καθηγητών του Σχολείου.

Επίσης δηλώνω ανεπιφύλακτα ότι οι συνοδοί καθηγητές **ΔΕΝ** θα έχουν καμιά ευθύνη για οποιοδήποτε γεγονός που θα συμβεί και θα έχει επιπτώσεις στη ζωή, την υγεία και την αρτιμέλεια του παιδιού μου, **εφόσον το γεγονός τούτο προέλθει από αμέλεια ή και ανυπακοή του στις οδηγίες των συνοδών καθηγητών του** (π.χ. απαγόρευση χρήσης κάθε είδους τροχοφόρου, κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών, απομάκρυνσης χωρίς άδεια αλλά και κάθε είδους απαγόρευσης που θα προκύψει από τυχαία και απρόβλεπτα περιστατικά).

Επίσης αναγνωρίζω ότι οι συνοδοί καθηγητές δεν θα έχουν καμιά ευθύνη για καταβολή αποζημίωσης από οποιοσδήποτε τρίτους η οποία θα οφείλεται σε ζημιές παντός είδους που τυχόν προκλήθηκαν με οποιοδήποτε τρόπο κατά τη διάρκεια της εκδρομής από το παιδί μου και αναλαμβάνω εγώ πλήρως την ευθύνη της αποζημίωσης.

Δηλώνω επίσης ότι το παιδί μου είναι απολύτως υγιές και για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας παρουσιαστεί φέρω αποκλειστική ευθύνη, εφόσον, δεν έχω ενημερώσει τους συνοδούς καθηγητές μέχρι και την αναχώρηση των εκδρομέων από το Σχολείο, για να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα. Εφόσον υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, θα καταθέσω ενημερωτικό σημείωμα όπου θα αναγράφονται: α: τα φάρμακα, β: πρώτες ενέργειες σε περίπτωση ανάγκης και γ: το τηλέφωνο του θεράποντος ιατρού.

Τέλος σε περίπτωση ανυπακοής του παιδιού μου στο πρόγραμμα και στις οδηγίες των συνοδών καθηγητών, δηλώνω ότι θα αναλάβω αποκλειστικά τα έξοδα της άμεσης επιστροφής του στην έδρα του Σχολείου.

Ο κηδεμόνας του/της μαθητή/τριας παρακαλείται να επιστρέψει αυτοπροσώπως ή έχοντας επισκεφτεί το ΚΕΠ για τον γνήσιο της υπογραφής ή μέσω gov.gr στη Διευθύντρια του Σχολείου τη δήλωση αυτή έως την ΠΕΜΠΤΗ 01 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2024 αφού υπογράψει ότι συμφωνεί με τα παραπάνω, μαζί με προκαταβολή των ΣΑΡΑΝΤΑ (40) Ευρώ.

2^η ΔΟΣΗ: 60 Ευρώ έως 29/02/24

3^η ΔΟΣΗ: 60 Ευρώ έως 31/03/24

Αρ. δελτίου ταυτότητας
Κηδεμόνα

.....

Ο/Η δηλών/ούσα

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ ΤΟ ΟΝΟΜΑ)