

7° ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

..... γονέας/κηδεμόνας, του/της

μαθητή/-τριας της ΣΤ' τάξης

.....

δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ δεν επιθυμώ

να συμμετάσχει το παιδί μου στα πλαίσια του προγράμματος Σχολικής Υγιεινής του Υπ. Υγείας και Κοινων. Αλληλ./Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομ. στους ελέγχους α)οπτικής οξύτη-τας και β)σκολίωσης που απευθύνεται στους μαθητές της ΣΤ' Δημοτικού. Ο έλεγχος αυτός θα γίνει στο Σχολείο μας την Πέμπτη 21 Φεβρ. 2019.

Χαλάνδρι,/2/2019

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....

(ονοματεπώνυμο – υπογραφή)