

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

## ΕΝΤΥΠΟ Β

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για παρακολούθηση δράσεων και παρεμβάσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης  
μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της αγωγής υγείας του Υπουργείου Υγείας

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

.....γονέας/κηδεμόνας,

της/του μαθήτριας/τη .....

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Συγκατατίθεμαι

Δε συγκατατίθεμαι

α) να συμμετέχει το παιδί μου στην παρακολούθηση/υλοποίηση δράσεων/παρεμβάσεων  
Αγωγής Υγείας που συντονίζονται και υλοποιούνται σε συνεργασία των Υπουργείων Υγείας  
και Παιδείας και Θρησκευμάτων

β) να συμπληρώσει **ανώνυμο** ειδικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των  
δράσεων/παρεμβάσεων το οποίο έχει δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό με την επιστημονική  
ευθύνη του Τμήματος Δημόσιας & Κοινωνικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής σε  
συνεργασία με επιτροπή εμπειρογνομόνων από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο  
Παιδείας και Θρησκευμάτων.

γ) έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης

Το παιδί μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία σε οποιοδήποτε  
στάδιο της διεξαγωγής της.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

Ημερομηνία

.....

...../...../20....