

Παρελήφθη από :

Χρήματα : ΝΑΙ ή ΟΧΙ :



ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ μέχρι και την 15/4/2024

μαζί με 17€

ΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΩΣ ο/η κηδεμόνας με ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ

ή

προσκομίζεται από τον/την μαθητή/τρια με

ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΝΗΣΙΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΚΕΠ

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΒΕΛΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: Είμαι κηδεμόνας του/της μαθητή/μαθήτριας του σχολείου σας:

..... του ..... τμήματος

**και συναινώ** στη συμμετοχή του/της στην εκπαιδευτική εκδρομή την **Τετάρτη 15 Μαΐου 2024** ή σε άλλη ημερομηνία που θα αποφασίσει ο Σύλλογος Διδασκόντων του σχολείου, με το παρακάτω πρόγραμμα:

**08:30 Αναχώρηση από το σχολείο για Μεσολόγγι (με ενδιάμεση στάση σε ΣΕΑ Εθνικής οδού), επίσκεψη στο Κήπο των Ηρώων και στη λιμνόθάλασσα. Μετάβαση στη Ναύπακτο (φαγητό - Ενετικό λιμάνι). Επιστροφή στο σχολείο-λήξη μετακίνησης 19:30.**

**Ο χρόνος εξαρτώνται από απρόβλεπτους παράγοντες και μπορεί να υπάρξει απόκλιση από τους παραπάνω.**

**Ο/Η μαθητής/μαθήτρια θα συμμορφώνεται άμεσα και απόλυτα στις υποδείξεις των συνοδών. Αναλαμβάνω το κόστος αποζημίωσης-αποκατάστασης οποιασδήποτε ζημιάς-φθοράς προκαλέσει. Ο/Η μαθητής/μαθήτρια ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΓΩΓΗ-ΦΡΟΝΤΙΔΑ και ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ [Αν απαιτείται ειδική φαρμακευτική/ιατρική φροντίδα ή υπάρχει χρόνιο πρόβλημα υγείας, ενημερώστε ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ την Δ/ση του Σχολείου (επισυνάψτε σχετικό σημείωμα) και σημειώστε τι ΑΚΡΙΒΩΣ αγωγή-φροντίδα απαιτείται :**

[.....]

Όνομα/τηλέφωνο θεράποντος ιατρού:.....]

**Γνωρίζω ότι το κόστος συμμετοχής είναι σε 17€, το καταβάλλω μαζί με την δήλωση και μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με το τελικό πλήθος συμμετοχών των μαθητών/τριών.**

Ημερομηνία: ..... / 5/ 2024.

Ο – Η Δηλ. (Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.