|  |  |
| --- | --- |
| **Υπεύθυνη Δήλωση συναίνεσης γονέα ή κηδεμόνα** | |
| Δηλώνω ότι επιτρέπω στον/στην ………………………………………………. μαθητή/μαθήτρια στην ……….. τάξη της σχολικής μονάδας ………………………………………………………... να συμμετάσχει σε ατομικές/ ομαδικές συνεδρίες με την Ψυχολόγο ή/και την Κοινωνική Λειτουργό του σχολείου. | |
| Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα  ……………………………………………………  Υπογραφή  …………………………….. | Ημερομηνία  …./…./2021 |