

# 6<sup>ο</sup> ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

## ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Οι υπογραφόμενοι .....

Γονείς / κηδεμόνες του μαθητή / τριας .....  
της ..... Τάξης του 6<sup>ου</sup> Γυμνασίου Περιστερίου, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2024–25 επιτρέπουμε στο παιδί μας να παρακολουθεί συναντήσεις με την ομάδα Ψυχολογικής Υποστήριξης (Κοινωνική λειτουργός και Ψυχολόγος) του σχολείου.

Ημερομηνία: ..... /...../.....

Οι γονείς / κηδεμόνες

Τηλέφωνο 1<sup>ου</sup> Γονέα / Κηδεμόνα

.....  
(Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο)

.....  
Τηλέφωνο 2<sup>ου</sup> Γονέα / Κηδεμόνα

.....  
(Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο)

.....