

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΗ, ΓΙΑ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ  
(ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΠΑΡΑΔΟΘΕΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ, ΜΕΧΡΙ 12/1/24)**

Ο/Η υπογραφόμενος/η ..... κάτοχος του υπ' αριθμόν δελτίου ταυτότητας  
....., γονέας/κηδεμόνας του/της μαθητή/τριας .....  
της ..... τάξης του 4ου Γυμνασίου Αγίας Παρασκευής, δηλώνω ότι:

1. το παιδί μου έχει καλή κατάσταση υγείας που δεν εμποδίζει τη συμμετοχή του στην επίσκεψη   
ή
2. ότι αντιμετωπίζει χρόνιο ή άλλο πρόβλημα υγείας και οι συνοδοί εκπαιδευτικοί θα πρέπει να γνωρίζουν τα παρακάτω για την κατάσταση υγείας του/της:

(α) Πρόβλημα υγείας:

.....  
.....

(β) Αλλεργίες κάθε είδους ή/και άσθμα:

.....  
.....

(γ) Φάρμακα που παίρνει και πρέπει να έχει μαζί του:

.....  
.....

(δ) Ενέργειες πρώτων βοηθειών που πρέπει να γίνουν σε περίπτωση ανάγκης:

.....  
.....

(ε) Όνομα και τηλέφωνο άμεσης επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:

.....

- ❖ Σε περίπτωση που κάτι αλλάξει στην υγεία του παιδιού ή στη φαρμακευτική του αγωγή, ως γονέας/κηδεμόνας του, δεσμεύομαι να ενημερώσω το σχολείο.

Τα τηλέφωνα στα οποία θα μπορείτε να επικοινωνείτε μαζί μου είναι:

Τηλέφωνο οικίας: .....

Τηλέφωνο κινητό: .....

Ημερομηνία: ..... Ο υπογράφων/Η υπογράφουσα: (υπογραφή) .....