

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Προς Διευθυντή/τρια Β΄ Περιφερειακού Γυμνασίου Λευκωσίας Μαλούντα

Όνοματεπώνυμο μαθητή/τριας : Τμήμα:

Ασθένεια/Πρόβλημα υγείας:

Φαρμακευτική αγωγή (φάρμακο ή φάρμακα που παίρνει το παιδί) :

Ενέργειες που πρέπει να γίνουν σε περίπτωση προβλήματος :

Οποιαδήποτε άλλη θεραπεία κάνει το παιδί :

Τηλέφωνα επικοινωνίας γονέων: Οικίας Κινητό πατέρα:

Κινητό μητέρας Εργασίας πατέρα Εργασίας μητέρας

Σε περίπτωση που είναι αδύνατη η επικοινωνία με τους γονείς με ποιο άτομο θα θέλατε να επικοινωνήσει το Σχολείο;

Όνομα/Συγγένεια:

Τηλέφωνα:

Αν δεν καταστεί εφικτή η επικοινωνία με κανένα από τα πιο πάνω άτομα, θα θέλατε να επικοινωνήσει το σχολείο με το Γενικό Νοσοκομείο για τη μεταφορά του παιδιού σας με ασθενοφόρο; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Άλλες παρατηρήσεις:

Βεβαιώ την ορθότητα όλων των στοιχείων που δόθηκαν.

Όνοματεπώνυμο γονιού:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: