

# Υπεύθυνη Δήλωση

1. Είμαι κηδεμόνας του/της μαθητ.....της Γ΄ τάξης, τμήματος.....
2. Συναινώ να συμμετάσχει το παιδί μου στην τριήμερη εκδρομή του σχολείου στο **Γύθειο, Μυστρά, Μονεμβασιά, Λακωνική Μάνη , Σπήλαια Διρού** από **Τετάρτη 3 Απριλίου 2024 έως Παρασκευή 5 Απριλίου 2024.**
3. Έχω ενημερωθεί εγγράφως για το αναλυτικό πρόγραμμα της εκδρομής και συμφωνώ για την τήρησή του.
4. Το παιδί μου θα υπακούει στις υποδείξεις και αποφάσεις των συνοδών καθηγητών και δεν θα παραβεί ότι απαγορεύεται. Σε αντίθετη περίπτωση θα ενημερωθώ και θα αναλάβω τις διαδικασίες επιστροφής του καθώς και όλα τα έξοδα που θα προκύψουν.
5. Γνωρίζω, συμφωνώ και θα ενημερώσω το παιδί μου ότι **απαγορεύεται αυστηρά:** το κάπνισμα και η χρήση οιοπνευματωδών ποτών , η χρήση παντός τροχοφόρου και άλλου μέσου, η απομάκρυνση από το χώρο του Ξενοδοχείου ή της εκδρομής καθώς και άλλες δραστηριότητες χωρίς την άδεια των συνοδών καθηγητών , η παραβατική συμπεριφορά ( φασαρίες, ξυλοδαρμοί, φθορές,απρεπής συμπεριφορά κλπ) , Στην περίπτωση των φθορών η αποζημίωση θα βαρύνει αποκλειστικά εμένα τον ίδιο.
6. Επιτρέπω την ξενάγηση **με βάρκες** στα Σπήλαια του Διρού.  
**Η** Επιτρέπω **Μόνο τη χερσαία ξενάγηση** στα Σπήλαια του Διρού.
7. Το παιδί μου δεν πάσχει από μακροχρόνια και μη ασθένεια , ή από αλλεργίες. Σε περίπτωση παράλειψης μη σωστής ενημέρωσης, η ευθύνη για τυχόν επιπλοκές ή απρόβλεπτες καταστάσεις **θα βαρύνει εμένα αποκλειστικά.**

**ή**

ότι ο γιος μου / η κόρη μου **πάσχει από** (αναγράφεται το χρόνο ή οποιοδήποτε άλλο νόσημα)

.....

και κάνει χρήση των παρακάτω φαρμάκων:

· .....

· .....

β) οι πρώτες ενέργειες σε περίπτωση ανάγκης είναι :.....

γ) το τηλέφωνο του θεράποντος ιατρού είναι: .....

Η παρούσα δήλωση υποβάλλεται στη Διευθύντρια του 5ου Γυμνασίου Γλυφάδας, προκειμένου ... παραπάνω μαθητ..... να λάβει μέρος στην εκδρομή που διοργανώνει το Σχολείο τ.....

Γλυφάδα, ...../...../2024

..... κηδεμόνας