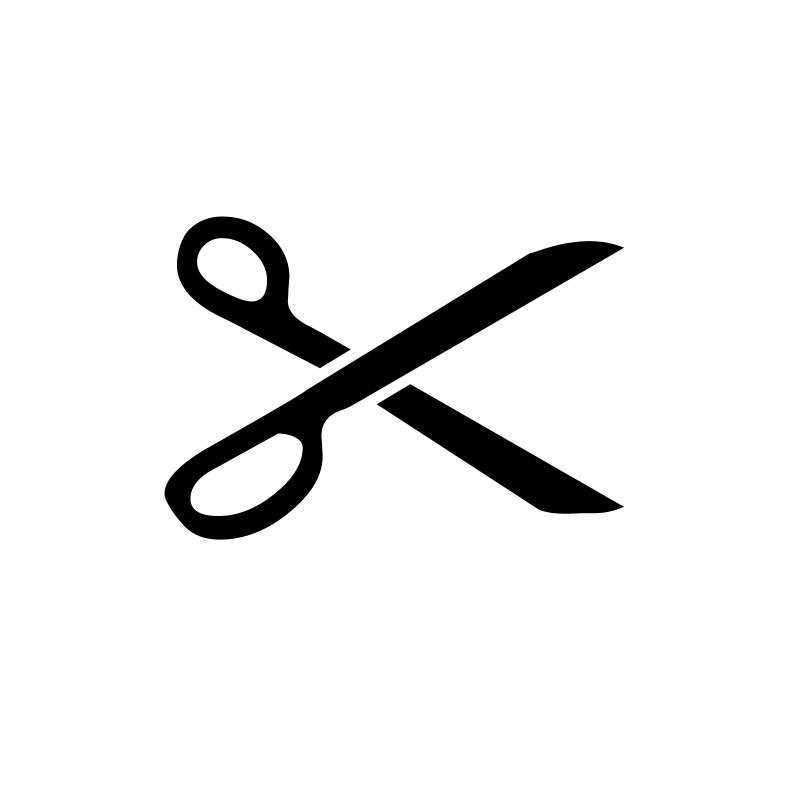
***Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε στον/στην εκπαιδευτικό έως την Παρασκευή 25/11/2022, την παρακάτω δήλωση υπογεγραμμένη***

***Στην περίπτωση που επιθυμείτε τη συμμετοχή σας παρακαλούμε να προσκομίσετε την ημέρα που υποδείχθηκε το Βιβλιάριο Υγείας του παιδιού σας .***



Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η …………..…………..…………..…………..…………..…………..…………………………………γονέας/κηδεμόνας, του/της μαθητή/-τριας …………..…………..…………..…………..……………..…..…………………………………………………………………………………. δηλώνω ότι:

**Επιθυμώ** να συμμετέχει το παιδί μου στο πρόγραμμα **ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης** που θα διεξαχθεί την **Τετάρτη 30/11/2022** στο χώρο του σχολείου.

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

……..…………..…………………………………

(υπογραφή)