

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΔΡΑΣΗ

(συμπληρώνεται **την ημέρα της δράσης** από τον γονέα/κηδεμόνα του ανήλικου μέλους του Σ.Ε.Π. ή αναλόγως από το ενήλικο μέλος του Σ.Ε.Π. που πρόκειται να συμμετάσχει)

Ο/Η υπογραφόμενος/η _____ (ονοματεπώνυμο)

γονέας/κηδεμόνας του/της _____ (ονοματεπώνυμο)

(Αριθμός Μητρώου Σ.Ε.Π.: _____) δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α. Το παιδί μου **δεν έχει** / **έχει** νοσήσει από COVID-19, με νοσηλεία στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.
(επιλέξτε ανάλογα την περίπτωση)

β. Το παιδί μου **δεν έχει** / **έχει** έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες δέκα τέσσερις (14) ημέρες. (επιλέξτε ανάλογα την περίπτωση)

γ. Το παιδί μου **δεν έχει** / **έχει** εμφανίσει συμπτώματα λοίμωξης (πυρετός, βήχας, δύσπνοια, διάρροια, ανοσμία) τις προηγούμενες τρεις (3) ημέρες. (επιλέξτε ανάλογα την περίπτωση)

Ημερομηνία και Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΔΡΑΣΗ

(συμπληρώνεται **την ημέρα της δράσης** από τον γονέα/κηδεμόνα του ανήλικου μέλους του Σ.Ε.Π. ή αναλόγως από το ενήλικο μέλος του Σ.Ε.Π. που πρόκειται να συμμετάσχει)

Ο/Η υπογραφόμενος/η _____ (ονοματεπώνυμο)

γονέας/κηδεμόνας του/της _____ (ονοματεπώνυμο)

(Αριθμός Μητρώου Σ.Ε.Π.: _____) δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α. Το παιδί μου **δεν έχει** / **έχει** νοσήσει από COVID-19, με νοσηλεία στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.
(επιλέξτε ανάλογα την περίπτωση)

β. Το παιδί μου **δεν έχει** / **έχει** έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες δέκα τέσσερις (14) ημέρες. (επιλέξτε ανάλογα την περίπτωση)

γ. Το παιδί μου **δεν έχει** / **έχει** εμφανίσει συμπτώματα λοίμωξης (πυρετός, βήχας, δύσπνοια, διάρροια, ανοσμία) τις προηγούμενες τρεις (3) ημέρες. (επιλέξτε ανάλογα την περίπτωση)

Ημερομηνία και Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα