### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

###  (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | **1ο ΓΕΛ ΑΙΓΑΛΕΩ** |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι : **Α)** **Είμαι κηδεμόνας του μαθητή/τριας:** …..………..………………………………**Τάξη**:……**A**… |

**Β) Επιθυμώ να ενημερώνομαι για τις απουσίες του παιδιού μου**, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στην ισχύουσα νομοθεσία που αφορά τη φοίτηση των μαθητών (υπουργική απόφαση 79942/ΓΔ4/21-5-2019 (τ.Β΄ ΦΕΚ 2005) όπως ισχύει και εφαρμόζεται με τις σχετικές τροποποιήσεις), **για θέματα συμπεριφοράς και φοίτησης γενικά,** ως εξής **:**

* στον **λογαριασμό ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (Email-1**): ………..……………………………………

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας είναι: Τηλ-1: ……………………………………………………

Τηλ-2: ……………………………………………………

Τηλ-3: ……………………………………………………

* Η **διεύθυνση αλληλογραφίας** είναι:

**Οδός:**………………………………………….……………………… **Αριθ:**.…………………………

**Περιοχή:**.................................................................................................**Τ.Κ:** …………………………

**Γ)** Δηλώνω υπεύθυνα πως και ο έτερος κηδεμόνας του παιδιού μου **συμφωνεί με την εγγραφή αυτή**

 **Ονοματεπώνυμο ετέρου κηδεμόνα**: …………………………………………………………………

**Δ.** Ο/Η εγγραφόμενος/η μαθητής/τρια δεν φοιτά σε άλλο Γυμνάσιο, Γενικό Λύκειο ή Επαγγελματικό Λύκειο ή Πρότυπο Επαγγελματικό Λύκειο ή σχολείο/ σχολή της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης οποιουδήποτε Υπουργείου ή σε σχολή της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή στο μεταλυκειακό έτος-τάξη μαθητείας των ΕΠΑ.Λ. ή σε Επαγγελματική Σχολή (ΕΠΑ.Σ) ή σε Επαγγελματική Σχολή Κατάρτισης (Ε.Σ.Κ.) ή σε Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) ή σε αντίστοιχα σχολεία/σχολές/ εκπαιδευτικά ιδρύματα του εξωτερικού, σύμφωνα με την παράγραφο ΙΕ του παρόντος άρθρου περί Διπλής Φοίτησης.

**Ε) Εγκρίνω………..** (**Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ αντίστοιχα** ) τη δημοσίευση οπτικοακουστικού υλικού (φωτογραφίες, βίντεο, μαγνητοφωνήσεις), στο οποίο απεικονίζεται ο γιος / η κόρη μου, κατά τη συμμετοχή του/ της σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, που υλοποιούνται στο πλαίσιο δραστηριοτήτων και σκοπών του Σχολείου, στις οποίες συμμετέχει το παιδί μου. Συμφωνώ το υλικό αυτό να δημοσιοποιηθεί στη σχολική ιστοσελίδα ή και σε έντυπα και ηλεκτρονικά μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και να προβληθεί σε εκδηλώσεις ενημέρωσης και επιστημονικές συναντήσεις με εκπαιδευτικούς σκοπούς που εγκρίνονται από το Υπουργείο Παιδείας, και τον Σύλλογο Διδασκόντων. Οι φωτογραφίες και μαγνητοσκοπήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αφού πρώτα έχει γίνει επεξεργασία με τέτοιο τρόπο, ώστε να προσαρμοστούν στους χρόνους των αναγκών μετάδοσής τους, μόνες ή σε συνδυασμό με άλλο υλικό για οποιονδήποτε **εκπαιδευτικό, πληροφοριακό** **αλλά** **μη εμπορικό σκοπό**.

**Προϋπόθεση: ότι δεν θίγονται προσωπικά δεδομένα όπως κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο παιδί μου, για παράδειγμα το όνομα, τη διεύθυνση της οικίας μας, το τηλέφωνο επικοινωνίας (σταθερό ή κινητό), τα ενδιαφέροντα, επιδόσεις στο σχολείο, κ.ο.κ. σύμφωνα και με την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.**

**ΣΤ) Εγκρίνω………..** (**Σημειώστε ΝΑΙ ή ΟΧΙ αντίστοιχα** ) να δοθούν τα προσωπικά μου στοιχεία επικοινωνίας (email, τηλέφωνο, διεύθυνση κατοικίας) στο **Σύλλογο Γονέων του Σχολείου** προκειμένου να ενημερώνομαι για τις εκδηλώσεις του Συλλόγου Γονέων.

**Ζ)** Θα προσκομίσω στο σχολείο το **Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή** (**ΑΔΥΜ**) συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από τον αρμόδιο γιατρό, μέχρι την έναρξη των μαθημάτων (ή το αργότερο μέχρι το τέλος Σεπτεμβρίου). Γνωρίζω ότι είμαι υποχρεωμένος/η να δηλώσω εγγράφως στον Διευθυντή του σχολείου κάθε σοβαρό πρόβλημα υγείας του παιδιού μου, που επιβάλλεται να γνωρίζει το σχολείο.

**Ημερομηνία: ..... / ..... / 2024**

**Ο / Η Δηλ**….

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον ή την δηλούντα δηλούσα.