**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

**για παρακολούθηση δράσεων και παρεμβάσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της αγωγής υγείας του Υπουργείου Υγείας**

**Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η**

**…………..…………..…………..…………..…………..…………..………………………………….**

**γονέας/ κηδεμόνας,**

**της/του μαθήτριας/τη ………………..…………..…………..…………..……………..…..………………………**

**δηλώνω υπεύθυνα ότι:**

**ΣυγκατατίθεμαιΔε συγκατατίθεμαι**

α) να συμμετέχει το παιδί μου στην παρακολούθηση/υλοποίηση δράσεων/παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας που συντονίζονται και υλοποιούνται σε συνεργασία των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού.

β) να συμπληρώσει **ανώνυμο** ειδικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των δράσεων/παρεμβάσεων το οποίο έχει δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό με την επιστημονική ευθύνη του Τμήματος Δημόσιας & Κοινοτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής σε συνεργασία με επιτροπή εμπειρογνωμόνων από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού.

**Το παιδί μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.**

**Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα Ημερομηνία**

**……..…………..…………………………..……./…../20....**