

ΕΝΤΥΠΟ Α**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ**

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες μαθητών/τριων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού συντονίζει και υλοποιεί δράσεις και παρεμβάσεις στο πλαίσιο αγωγής υγείας σε σχολικές μονάδες σε εθνικό επίπεδο με στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του μαθητικού πληθυσμού σε θέματα δημόσιας υγείας.

Για το σχολικό έτος 2022-2023 έχει εκδοθεί το ακόλουθο σχετικό εγκριτικό έγγραφο του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων : αρ.πρ. Φ.2.1/ΕΧ/60156/124677/Δ7/ 11-10-2022, το οποίο, σύμφωνα με το αρ.πρωτ. 66694/Δ7/14-6-2023 έγγραφο του Υ.ΠΑΙ.Θ. με θέμα «Πρόσκληση υποβολής αιτημάτων για έγκριση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, μαθητικών δράσεων (διαγωνισμών, φεστιβάλ, συνεδρίων) και εκπαιδευτικού υλικού για τα Εργαστήρια Δεξιοτήτων σχολικού έτους 2023 - 2024», ισχύει και για το σχολικό έτος 2023-2024 (δεύτερο έτος υλοποίησης). Οι εν λόγω παρεμβάσεις αναπτύσσονται σύμφωνα με το έγγραφο του Υπουργείου Υγείας αρ. πρωτ. Γ1γ/ΓΦ3.3,13,18Ζ,ΦΑΥ 4,6 (2022)/Γ.Π. 57605/ 01-11-2022 (ΑΔΑ: ΨΨ87465ΦΥΟ-ΟΗ1).

Προκειμένου να επιτευχθεί η συμμετοχή των μαθητών/τριων στην υλοποίηση των δράσεων/παρεμβάσεων σε εθνικό επίπεδο, οι γονείς/κηδεμόνες αυτών καλούνται να συμπληρώνουν το σχετικό έντυπο Β – Συγκατάθεσης (το οποίο διατίθεται και συλλέγεται με ευθύνη των εκπαιδευτικών των Σχολικών Μονάδων).

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία και την συμβολή σας στην επίτευξη του σημαντικού αυτού εγχειρήματος.

**Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ /
ΤΜΗΜΑ Γ' ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΕΝΤΥΠΟ Β

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:

Συγκατατίθεμαι

Δε συγκατατίθεμαι

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

Το παιδί – κηδεμ/νος μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία σε
οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

.....

Ημερομηνία

...../...../20....