

Αγαπητοί γονείς,

Στο σχολείο μας, είναι συχνό το φαινόμενο τα παιδιά να ζητούν παυσίπονο ή αντιπυρετικό φάρμακο σε περίπτωση αδιαθεσίας. Μέχρι τώρα, επικοινωνούμε πρώτα μαζί σας για να λάβουμε τη συγκατάθεσή σας πριν χορηγήσουμε οποιοδήποτε φάρμακο. Προκειμένου να διευκολύνουμε αυτή τη διαδικασία και να ανταποκρινόμαστε πιο άμεσα στις ανάγκες των παιδιών, προτείνουμε τη συμπλήρωση μιας Υπεύθυνης Δήλωσης από όσους γονείς το επιθυμούν.

Με την Υπεύθυνη Δήλωση, μπορείτε να μας δώσετε τη συγκατάθεσή σας να χορηγείται στο παιδί σας από τον Σχολικό Νοσηλεύτη, απλό παυσίπονο ή αντιπυρετικό (π.χ. παρακεταμόλη) σε περίπτωση που το ζητήσει το παιδί, λόγω αδιαθεσίας, χωρίς να απαιτείται προηγούμενη επικοινωνία μαζί σας.

Παρακαλούμε, εάν συμφωνείτε, να συμπληρώσετε την παρακάτω **Υπεύθυνη Δήλωση** και να την αποστείλετε ή να την προσκομίσετε στο σχολείο με τους παρακάτω τρόπους:

1. [Μέσω gov](#) με το κείμενο που αναγράφεται στην παραπάνω Υπεύθυνη Δήλωση (μπορείτε να τη στείλετε στο σχολείο και με email στο mail2@gym-pefkon.thess.sch.gr)
2. Συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη σε σκαναρισμένη μορφή (μπορείτε να τη στείλετε στο σχολείο στο email mail2@gym-pefkon.thess.sch.gr)
3. Αν δεν μπορείτε να υλοποιήσετε κάποιον από τους παραπάνω τρόπους, μπορεί το παιδί να ζητήσει σε έντυπη μορφή την Υπεύθυνη Δήλωση από τη Γραμματεία του σχολείου ή τον Σχολικό Νοσηλεύτη.

Με εκτίμηση

Από τη Διεύθυνση του 1^{ου} Γυμνασίου Πεύκων



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η κηδεμόνας του/της μαθητή/τριας της τάξης του 1^{ου} Γυμνασίου Πεύκων, δηλώνω υπεύθυνα ότι επιτρέπω και συναινώ να δοθεί στο παιδί μου φάρμακο από το στόμα, απλό παυσίπονο / αντιπυρετικό (π.χ. παρακεταμόλη) σε περίπτωση αδιαθεσίας.

Επίσης, ενημερώνω το σχολείο για πιθανές παθήσεις για τις οποίες το παιδί λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή για πιθανές αλλεργίες / δυσανεξίες του/της σε φαρμακευτικές ουσίες.

(Αναγράφονται οι παθήσεις, αλλεργίες κ.τ.λ. και τα φάρμακα που τυχόν λαμβάνει)

.... δηλ....

(Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή)