

Δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι στη διενέργεια ελέγχου ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου (rapid test) στον/στην (όνομα μαθητή/μαθήτριας) του τμήματος

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα:

Αρ. κινητού τηλεφώνου γονέα/κηδεμόνα:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: