

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

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα: .....

Αρά. κινητού τηλεφώνου γονέα/κηδεμόνα: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....