12ο Δ.Σ.ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Ο/Η υπογραφ……………………………………………………………………………………………………γονέας

τ…..μαθητ……….της……………τάξης………………………………………………………………………………….,

δηλώνω ότι συναινώ να έχει ατομική συνάντηση με την ψυχολόγο του σχολείου.

Ο/Η Δηλ…………

Κερατσίνι………………………… ……………………………….