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………………………… ……………………………….