# ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

## ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η …….. κηδεμόνας του/της μαθητ….. …….. της …..... τάξης του 5ου Γ/σίου Ν. Σμύρνης, **δηλώνω υπεύθυνα** ότι **επιτρέπω και συναινώ** να του/της δοθεί φάρμακο από το στόμα, απλό παυσίπονο / αντιπυρετικό σε περίπτωση αιφνίδιας αδιαθεσίας.

Επίσης **ενημερώνω** το σχολείο για πιθανές παθήσεις για τις οποίες ο/η μαθητ……. λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή για πιθανές αλλεργίες / δυσανεξίες του/της σε φαρμακευτικές ουσίες.

……

……

……

……

Σε περίπτωση ανάγκης επικοινωνήστε:

- **Τηλέφωνο Οικίας:** ……
- **Τηλέφωνο Μητέρας:** ……
- **Τηλέφωνο Πατέρα** ……
- **Άλλο Συγγενικό Πρόσωπο**: ……

……

ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ, ……../……../202…..

…….. κηδεμόνας