

ΠΡΟΣ:

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ

ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ/ΛΥΚΕΙΟΥ

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΓΙΑ ΜΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
ΣΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΑΘΗΤΩΝ**

Εγώ ο/η υποφαινόμενος/η:

(Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: - Τηλ.)

γονέας/κηδεμόνας του/των:

1. Τάξη:

2. Τάξη:

3. Τάξη:

Δια της παρούσης δηλώνω ότι έχω πληροφορηθεί ότι για να δικαιούται το παιδί μου να συμμετέχει στο Ομαδικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Ατυχημάτων του Συνδέσμου Γονέων, πρέπει να είμαι μέλος του Συνδέσμου Γονέων. Μέλος του Συνδέσμου Γονέων είναι κάθε γονιός/κηδεμόνας που πληρώνει την νενομισμένη ετήσια συνδρομή προς τον Σύνδεσμο.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν επιθυμώ να πληρώσω το ποσό που αναλογεί στην ασφαλιστική κάλυψη του παιδιού μου προς τον Σύνδεσμο Γονέων για τη σχολική χρονιά 2018 - 2019.

Περαιτέρω δηλώνω ότι κατανοώ και αποδέχομαι ότι το παιδί/κηδεμονευόμενό μου δεν θα συμπεριληφθεί στο Σχέδιο για Ομαδική Ασφάλιση Ατυχημάτων, στο οποίο συμμετέχει ο Σύνδεσμος Γονέων.

Δηλώνω, επίσης, ότι ουδεμία απαίτηση θα έχω από τον Σύνδεσμο Γονέων, την Ασφαλιστική Εταιρεία, την Ομοσπονδία Μέσης Εκπαίδευσης Δημοσίων Σχολείων Επαρχίας Λεμεσού ή το Σχολείο για τυχόν ατύχημα που θα συμβεί στο παιδί/κηδεμονευόμενό μου.

Υπογραφή:

Ημερ.