

ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ

Ονοματεπώνυμο Μαθητή: _____

Ονοματεπώνυμο Γονέα / Κηδεμόνα: _____

E-mail: _____

Σχολείο: _____ Τάξη: _____

Ο/η υπογράφων/ουσα γονέας/κηδεμόνας του/ης ανωτέρω μαθητή/τριας δηλώνω ότι δίνω την άδειά μου να λάβει μέρος στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα «**Τρίποντα στα σχολεία**» της Ελληνικής Ομοσπονδίας Καλαθοσφαίρισης. Το πρόγραμμα ΤΡΙΠΟΝΤΑ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ είναι εγκεκριμένο πρόγραμμα από το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων σύμφωνα με την υπ' Αρ. Πρωτ.: 141278/Δ5-04.11.2021.

Ναι ☐

Όχι

Με την παρούσα, , δηλώνω ότι γνωρίζω, αποδέχομαι και παρέχω την ρητή συναίνεσή μου προς την Ελληνική Ομοσπονδία Καλαθοσφαίρισης, σχετικά με τη χρήση, εφόσον η ίδια κρίνει απαραίτητο, φωτογραφικού υλικού της εμφάνισής του ως άνω τέκνου μου (απεικόνιση), στα μέσα μαζικής επικοινωνίας και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης με αποκλειστικό στόχο τη διάδοση των σκοπών του προγράμματος.

Ναι ☐

Όχι ☐

Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή
Γονέα / Κηδεμόνα