**14ο ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ E TWINNING**

Το παρόν έντυπο συμπληρώνεται από τον γονέα/ κηδεμόνα και δίδεται στο παιδί για να το παραδώσει στις υπεύθυνες του προγράμματος Παπαλαζαρίδου Ζωή και Μιχοπούλου Γλυκερία.

Ο/Η υπογράφων/ουσα ………………………………………………………………………………………………

γονέας/κηδεμόνας του/της μαθητή/μαθήτριας …………………………………………………………….…………………………………………………………………….

της …………..τάξης του 14ου Δημοτικού Σχολείου Ηρακλείου Αττικής

**Δηλώνω**

 ότι επιτρέπω στο παιδί μου να συμμετάσχει σε πρόγραμμα **e twinning** με τίτλο **“Knowing each other**”. Επίσης συναινώ στο να φωτογραφηθεί και να βιντεοσκοπηθεί για τις ανάγκες του προγράμματος ώστε να αναρτηθεί το κατάλληλο υλικό στην εκπαιδευτική πλατφόρμα του e twinning.

Το σχολείο δεσμεύεται ότι θα τηρήσει τους παρακάτω όρους:

* Οι φωτογραφίες και το βίντεο θα υποστούν επεξεργασία ώστε τα πρόσωπα των μαθητών να εμφανίζονται θολά.
* Έχετε πάντα τη δυνατότητα να ζητήσετε τη διαγραφή ή τη διόρθωση των φωτογραφιών ή βίντεο αν θεωρήσετε ότι η πληροφορία αυτή θίγει το παιδί σας ή είναι λανθασμένη.

Οι υπεύθυνες του προγράμματος

Παπαλαζαρίδου Ζωή

Μιχοπούλου Γλυκερία

 Ηράκλειο, ……./……./2023

Ο γονέας/κηδεμόνας