Είμαι γονέας/κηδεμόνας, της/του μαθήτριας/τη .……………..…..……………………………… και συγκατατίθεμαι / δε συγκατατίθεμαι να συμμετέχει το παιδί – κηδεμ/νος μου στην παρακολούθηση/υλοποίηση δράσεων/παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας που συντονίζονται και υλοποιούνται σε συνεργασία των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού. Το παιδί – κηδεμ/νος μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.