



ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΕΣ ΑΚΑΔΗΜΙΕΣ 2024
 Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου
 25-28 Ιουνίου 2024

Υπεύθυνη Δήλωση γονέα/κηδεμόνα μαθητή/μαθήτριας

Στοιχεία	Μητέρας	Πατέρα	Κηδεμόνα
Όνοματεπώνυμο			
Α.Δ.Τ./Διαβατήριο			
Κινητό τηλέφωνο			
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο			

Ως ο/η γονέας/κηδεμόνας του/της μαθητή/μαθήτριας.....

(Α.Δ.Τ./Διαβατήριο) δηλώνω υπεύθυνα ότι σε περίπτωση που το παιδί μου επιλεγεί να συμμετάσχει στις Καλοκαιρινές Ακαδημίες 2024 του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου (Πανεπιστήμιο), εγκρίνω τη συμμετοχή του παιδιού στις Καλοκαιρινές Ακαδημίες και του/της επιτρέπω να συμμετέχει σε όλες τις εκδηλώσεις/δραστηριότητες εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές που περιλαμβάνει το πρόγραμμα της Ακαδημίας που θα συμμετέχει (εντός και εκτός των χώρων του Πανεπιστημίου).

Αποδέχομαι ότι το παιδί μου θα μεταβαίνει σε δραστηριότητες εκτός των χώρων του Πανεπιστημίου με τη χρήση μεταφορικού μέσου (λεωφορείων) που θα εκμισθώσει το Πανεπιστήμιο για τους σκοπούς των Καλοκαιρινών Ακαδημιών.

Δηλώνω ακόμη πως δεν θα επιρρίψω οποιεσδήποτε ευθύνες στο Πανεπιστήμιο σε περίπτωση ατυχήματος του παιδιού μου κατά τη διάρκεια της συμμετοχής του στις Καλοκαιρινές Ακαδημίες.

Αποδέχομαι ότι το Πανεπιστήμιο δεν φέρει καμία ευθύνη για ασφάλιση του παιδιού μου σε περίπτωση ατυχήματος κατά την διάρκεια των ωρών λειτουργίας των Ακαδημιών.

Εάν δεν έχω προβεί σε σχετική ασφαλιστική κάλυψη που να αφορά στο παιδί μου, την αποκλειστική ευθύνη για τυχόν ατύχημα/ασθένεια φέρω εγώ ο ίδιος/ίδια.

Σε περίπτωση που το παιδί μου αρρωστήσει με μεταδοτική ασθένεια και αφού ενημερωθώ από το Πανεπιστήμιο, έχω υποχρέωση να το παραλάβω άμεσα από τους χώρους του Πανεπιστημίου για λόγους προστασίας του ιδίου αλλά και των άλλων παιδιών.

Αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους όρους/κανόνες/περιορισμούς που θέτει το Πανεπιστήμιο και οι συνοδοί, για την ομαλή διεξαγωγή των δραστηριοτήτων των Καλοκαιρινών Ακαδημιών και δηλώνω ότι το παιδί μου θα ακολουθεί το πρόγραμμα και τις υποδείξεις των εκπαιδευτών και συνοδών.

Αποδέχομαι ότι σε περίπτωση συμμετοχής του παιδιού μου στις Καλοκαιρινές Ακαδημίες, αρμόδιο πρόσωπο από το Πανεπιστήμιο μπορεί να επικοινωνήσει με το παιδί μου αλλά και με εμένα τον/την ίδιο/ια για θέματα που αφορούν αποκλειστικά τις Καλοκαιρινές Ακαδημίες.

Αποδέχομαι ότι το Πανεπιστήμιο δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν απώλεια ή κλοπή προσωπικών αντικειμένων του παιδιού μου κατά τη διάρκεια της παραμονής του στις εγκαταστάσεις Πανεπιστημίου.

Αποδέχομαι και συγκατατίθεμαι να δημοσιευθούν για σκοπούς προώθησης του προγράμματος φωτογραφίες και βίντεο που θα ληφθούν κατά τη διάρκεια των Καλοκαιρινών Ακαδημιών και στις οποίες ενδεχομένως να εμφανίζεται το παιδί μου.

Αποδέχομαι όπως χρησιμοποιηθούν προσωπικά στοιχεία του γονέα/κηδεμόνα αλλά και του παιδιού μου για τους σκοπούς της εύρυθμης λειτουργίας των Ακαδημιών.

Αποδέχομαι ότι με την υποβολή της παρούσας αίτησης όλες οι πληροφορίες που έχω υποβάλει είναι αληθείς. Αν διαπιστώσω κάποιο λάθος, θα ενημερώσω άμεσα το Πανεπιστήμιο γραπτώς. Το Πανεπιστήμιο δεν ευθύνεται για οτιδήποτε προκύψει ως συνέπεια λανθασμένων πληροφοριών που έχω υποβάλει ή παρέλειψα να συμπεριλάβω στην παρούσα αίτηση.

Δηλώνω ότι έχω μελετήσει και αποδέχομαι τους Κανόνες λειτουργίας/διαμονής/σίτιση των Καλοκαιρινών Ακαδημιών του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου (https://www.cut.ac.cy/cut_summer_academies_2024)

Υπογραφή μητέρας*

.....

Όνοματεπώνυμο:

Κινητό τηλέφωνο:

Υπογραφή πατέρα*

.....

Όνοματεπώνυμο:

Κινητό τηλέφωνο:

Υπογραφή κηδεμόνα**

.....

Όνοματεπώνυμο:

* Η δήλωση να υπογραφεί και από τους δύο γονείς του/της μαθητή/τριας

** Να επισυναφθεί έγγραφο που να αποδεικνύει την κηδεμονία του μαθητή/τριας