Αγαπητοί Γονείς,

Παρακαλώ όπως δηλώσετε άμεσα στο τηλέφωνο (26321344) ή στο email του Σχολείου

( [lyk-poli-chrysochous-paf@schools.ac.cy](mailto:lyk-poli-chrysochous-paf@schools.ac.cy)) τη συγκατάθεση σας για τη συμμετοχή του παιδιού σας σε δειγματοληπτικό διαγνωστικό έλεγχο σχετικά με τη νόσο SARS-COVID-2 που θα γίνει στο σχολείο από κινητή μονάδα. Τη γραπτή δήλωση συγκατάθεσης μπορούν να την προσκομίσουν τα παιδιά σας την ώρα της δειγματοληψίας.

Η ημέρα και ώρα θα ανακοινωθούν έγκαιρα.