

«ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ»

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... με την ιδιότητα του ασκούντος τη γονική μέριμνα /κηδεμονία, δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκριση μου να εξεταστεί δωρεάν ο/η..... μαθητή/τριας της.....τάξης του..... Σχολείου....., από εθελοντή Παιδίατρο του Ιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου. Ο προληπτικός Παιδιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στην Κινητή Ιατρική/Ακοολογική Μονάδα Προληπτικής του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με την Περιφέρεια Κρήτης, τον Ιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου, και του Δήμου Βιάννου. Το προληπτικό Ιατρικό πρόγραμμα έχει την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων.

Το Δελτίο Εξέτασης δίνεται σε κάθε εξεταζόμενο. Τα προσωπικά δεδομένα που αναγράφονται τηρούνται από «Το Χαμόγελο του Παιδιού» για δύο έτη.

Κατά τον προληπτικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τον Παιδίατρο επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

...../...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Τηλέφωνο Επικοινωνίας Ασκούντος τη Γονική Μέριμνα:.....

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

- ΕΟΠΥΥ
- ΠΡΟΝΟΙΑΣ
- ΆΛΛΟ (παρακαλώ σημειώστε).....
- Καμία



ΦΡΟΝΤΙΔΑ.
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ.
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Ζήνωνος Ελεάτου 10
151 23 Μαρούσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr