

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ / ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ
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..... μαθητής/τρια της..... τάξης τουΣχολείου....., από εθελοντές Ιατρούς (παιδιάτρους, ΩΡΛ, Οφθαλμιάτρους, Καρδιολόγους, Δερματολόγους, Ορθοπαιδικούς) του Ιατρικού Συλλόγου Αρκαδίας και από εθελοντές Οδοντιάτρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αρκαδίας. Ο προληπτικός ιατρικός / οδοντιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στη κινητή Μονάδα ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με το Δήμο Μεγαλόπολης.

Κατά τον προληπτικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

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

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους ιατρούς / οδοντιάτρους, επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

.....,/...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)



ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ
ΙΣΟΤΗΤΑ



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Γαρυττού 80 153 43
Αγία Παρασκευή Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr

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

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

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