

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ / ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

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 οδοντιάτρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας και από εθελοντές ιατρούς (παιδιάτρους, οφθαλμιάτρους, ωτορινολαρυγγολόγους, καρδιολόγους) του Ιατρικού Συλλόγου Αμαλιάδας και της Νοσηλευτικής Μονάδας Αμαλιάδας. Ο προληπτικός ιατρικός / οδοντιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στο κινητό πολυϊατρείο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με το Δήμο Ήλιδας.

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



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

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

☐ ΕΟΠΥΥ

☐ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

☐ ΆΛΛΟ (παρακαλώ σημειώστε).....

☐ Καμία

ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Γαρυττού 80 153 43
Αγία Παρασκευή Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr