



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 έγκρισή μου να εξεταστεί δωρεάν ο/η..... μαθητή/τριας της..... τάξης τουΣχολείου....., από εθελοντές γιατρούς και οδοντιάτρους του Ιατρικού Συλλόγου Αρκαδίας και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αρκαδίας. Ο προληπτικός ιατρικός/οδοντιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στο κινητό Πολυιατρείο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με το Δήμο Τρίπολης.

Συμμετέχουν εθελοντικά παιδίατρος, οδοντίατρος, ωτορινολαρυγγολόγος και οφθαλμίατρος.

Κατά τον προληπτικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

Οι προληπτικές ιατρικές/οδοντιατρικές εξετάσεις θα πραγματοποιηθούν στο Κινητό Πολυιατρείο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού».

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 γιατρούς 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
Γαρυττού 80 153 43
Αγία Παρασκευή Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr