

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..... μαθητή/τριας της..... τάξης του.....Σχολείου....., από εθελοντές γιατρούς και οδοντίατρους του Ιατρικού Συλλόγου (Τρικάλων) και του Οδοντιατρικού Συλλόγου(Τρικάλων). Ο προληπτικός ιατρικός/οδοντιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στο κινητό Πολυιατρείο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Τρικάλων, τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Τρικάλων, το Δήμο Τρικκαίων, τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Τρικάλων.

Συμμετέχουν εθελοντικά παιδίατρος, οφθαλμίατρος, ωτορινολαρυγγολόγος, γενικός γιατρός& οδοντίατρος.

Κατά τον προληπτικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

Οι προληπτικές ιατρικές/οδοντιατρικές εξετάσεις θα πραγματοποιηθούν στο Κινητό Πολυϊατρείο «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.

Είναι σημαντικό ο μαθητής/τρια να έχει μαζί του/της το Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας, εφόσον υπάρχει.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.



ΦΡΟΝΤΙΔΑ.
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ.
ΙΣΟΤΗΤΑ.



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

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

ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Ζήνωνος Ελεάτου 10
151 23 Μαρούσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr