

## 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..... μαθητής/τρια της..... τάξης του .....Σχολείου....., από εθελοντές οδοντιάτρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ξάνθης και από εθελοντές ιατρούς (παιδιάτρους, ωρλ, οφθαλμιάτρους) του Ιατρικού Συλλόγου Ξάνθης. Ο προληπτικός ιατρικός / οδοντιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στα κινητά πολυϊατρεία «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ Ι ΚΑΙ ΙΙ» του Οργανισμού «Το Χαμόγελο του Παιδιού». Η δράση θα υλοποιηθεί σε συνεργασία με την Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, την 4<sup>η</sup> ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης, τον Δήμο Ξάνθης, τον Ιατρικό Σύλλογο Ξάνθης και τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ξάνθης.

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