



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

2^η Υγειονομική Περιφέρεια
(Κ.Υ. Αγ. Ιεροθέου)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μονάδα Υγείας: Κ.Υ. Αγ. Ιεροθέου

Ταχ. Δ/ση: Ατρείδων & Αινείου

Τηλ: 2105719643

Πληροφορίες: Καλέρης Σωτήριος
ky.ag.ierotheou@2d

E-mail: ype.gov.gr

Fax:

Ενημερωτική επιστολή γονέων &
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Σας ενημερώνουμε ότι η μονάδα υγείας Κ.Υ. Αγ. Ιεροθέου & η 2^η Τ.Ο.Μ.Υ. Περιστερίου της 2^η Υ.ΠΕ., θα επισκεφθεί το σχολείο σας στις 4/3/2025 με ομάδα επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να υλοποιήσει Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου, ο οποίος περιλαμβάνει:

- Ορθοπαιδική εξέταση ☐ (Εξέταση για σκολίωση – ΣΤ' ΤΑΞΗ)
- Οδοντιατρική εξέταση ☐ (Α' - Β' ΤΑΞΗ)
- Έλεγχο οπτικής οξύτητας ☐ (Α' - Β' ΤΑΞΗ)
- Προληπτικός Παιδιατρικός Έλεγχος ☐ (ΣΤ' ΤΑΞΗ) που περιλαμβάνει:

α) έλεγχο για καρδιακά φυσήματα δια ακροάσεως με στηθοσκόπιο και β) έλεγχο αναπνευστικού συστήματος δια ακροάσεως με στηθοσκόπιο

- Έλεγχο εμβολιαστικής κάλυψης (Α' - ΣΤ' ΤΑΞΗ) ☐

Η διεπιστημονική ομάδα που θα εξετάσει τους μαθητές/τριες θα αποτελείται από: Ιατρούς, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας.

Κατά την ημέρα διεξαγωγής των εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν, καλείστε να έχετε στη σχολική τσάντα που παιδιού σας το ατομικό βιβλιάριο εμβολίων και το παρόν έγγραφο συμπληρωμένο.

Για τη συμμετοχή ή μη του παιδιού σας στο Πρόγραμμα, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα κάτωθι:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:.....

Δηλώνω ότι (κυκλώστε αντίστοιχα):

ΔΕΧΟΜΑΙ

ΔΕΝ ΔΕΧΟΜΑΙ

το παιδί μου να συμμετάσχει στον Προληπτικό Έλεγχο.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ