

«ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ»

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/τρια της..... τάξης του..... Σχολείου....., από Εθελοντή Οδοντίατρο από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ευβοίας .

Συμμετέχουν εθελοντικά οδοντίατροι.

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.

Ο οδοντιατρικός έλεγχος περιλαμβάνει προληπτική οδοντιατρική εξέταση (π.χ. έλεγχος τερηδόνας, πιθανή παραπομπή σε ορθοδοντικό, εκπαίδευση σωστής στοματικής υγιεινής)

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

...../...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

- ΕΟΠΥΥ
- ΠΡΟΝΟΙΑΣ
- ΆΛΛΟ (παρακαλώ σημειώστε).....
- Καμία



ΦΡΟΝΤΙΔΑ.
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ.
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Γαρυτσού 80 153 43
Αγία Παρασκευή Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr