



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
2<sup>ο</sup>Υ.Πε.Πειραιώς και  
Αιγαίου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

2<sup>ο</sup> Κέντρο Υγείας Περιστερίου

Μονάδα Υγείας: 2<sup>ο</sup> Κέντρο Υγείας Περιστερίου

2105705 616  
6944654182 (κιν  
Συντονίστριας  
Ε.Μουστάκη)

Ταχ. Δ/ση:

Βασ Αλεξάνδρου 105 και  
Σαρανταπόρου Περιστερί  
Ευαγγελία  
Μουστάκη(Συντονίστρια)  
Μαργαρίτα Λουμίδου  
(Αναπληρώτρια συντονίστρια)

Τηλ:

Πληροφορίες:

E-mail:

emousta@otenet.gr(συντονίστριας)

Fax:

## Ενημερωτική επιστολή γονέων & ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

στο πλαίσιο **δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα σε μαθητές σχολικών μονάδων** και αναγνωρίζοντας ότι η πρόληψη της νοσηρότητας και θνητότητας από τα λοιμώδη νοσήματα με τους εμβολιασμούς αποτελεί το σπουδαιότερο επίτευγμα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η μονάδα υγείας του 2<sup>ου</sup> Κέντρου Υγείας Περιστερίου θα επισκεφθεί το 31ο Δημοτικό Περιστερίου **την Δευτέρα 30/01/2023** με ομάδα επαγγελματιών υγείας προκειμένου να ελέγξει την **εμβολιαστική κάλυψη του μαθητικού πληθυσμού**.

Παρακαλούμε για την προσκόμιση του Βιβλιαρίου Υγείας Παιδιού (Β.Υ.Π.) του παιδιού σας, προκειμένου να ελεγχθεί η εμβολιαστική του κατάσταση. Επισημαίνουμε ότι η δράση αυτή είναι χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τους μαθητές ή το σχολείο και πραγματοποιείται στον χώρο του σχολείου.

Η ενημέρωσή σας αναφορικά με τον έλεγχο της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδιού σας θα γίνει εγγράφως, με προσωπική επιστολή σε σφραγισμένο φάκελο (για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων), τον οποίο θα παραλάβετε μέσω του σχολείου

**Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε στον/στην εκπαιδευτικό έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση υπογεγραμμένη και στην περίπτωση που επιθυμείτε τη συμμετοχή σας να προσκομίσετε την ημέρα που υποδείχθηκε το Βιβλιάριο Υγείας του παιδιού σας .**

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η .....γονέας/κηδεμόνας,  
του/της μαθητή/-τριας ..... δηλώνω ότι:

Επιθυμώ

Δεν επιθυμώ

να συμμετέχει το παιδί μου στο πρόγραμμα **ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης** που θα διεξαχθεί στις **30/01/2023 στον χώρο του σχολείου**.

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....  
(υπογραφή)