

ΕΝΤΥΠΟ 2

ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

(συμπληρώνεται για κάθε παιδί ξεχωριστά)

Για τη συμμετοχή του παιδιού μου στο: «**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ-ΔΙΩΝΗ**» προκειμένου να εξεταστεί από την ομάδα ιατρών και επαγγελματιών υγείας παρουσία μου,

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

..... γονέας/κηδεμόνας

του παιδιού

του φορέα προσχολικής φροντίδας ή σχολικής μονάδας.....

και της τάξης

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

εκφράζω τη συγκατάθεσή μου δεν εκφράζω τη συγκατάθεσή μου

να συμμετέχει το παιδί μου στη φυσική εξέταση και στη συμπλήρωση του Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή (Α.Δ.Υ.Μ) από την αρμόδια ομάδα ιατρών και επαγγελματιών υγείας που θα συνεργαστεί με τον φορέα εκπαίδευσης για το σκοπό αυτό.

Ο γονέας/κηδεμόνας και το παιδί διατηρούνε το δικαίωμα διακοπής της συμμετοχής τους στη διαδικασία σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Τα οποιαδήποτε ευαίσθητα δεδομένα υγείας που θα προκύψουν από τη διαδικασία εξέτασης αξιοποιούνται αποκλειστικά και μόνο για τη συμπλήρωση του Α.Δ.Υ.Μ. και του Φύλλο Ιατρικής Εξέτασης (Φ.Ι.Ε), του Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού και στο πλαίσιο των προβλεπόμενων διαδικασιών του προγράμματος. Μέρος των στοιχείων που θα τηρούνται, θα είναι ανώνυμα και θα υπάρχει δυνατότητα αξιοποίησης για ερευνητικούς λόγους και για την αξιολόγηση του προγράμματος.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

Ημερομηνία

...../...../20....