|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Υπουργείο Εξωτερικών |  |  |  |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  |  |  …………………, / /20  |
| C:\Users\LitsasP\Documents\004 ΓΓΠΦΥ Προτάσεις Οδοντιατρικής Ομάδας\Υλικό από\logoYYKA_vectorized.png | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ Κέντρο Υγείας: |  |  |
|  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | Ταχ. Δ/νση: |  | Τηλ: |  |
| ……Υγειονομική Περιφέρεια  | Πληροφορίες: |  |  |  |
| E-mail: |  | Fax: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Προληπτική Οδοντιατρική

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του ………. Δημοτικού Σχολείου

Το οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας …………………………………………………, υλοποιεί πρόγραμμα/δράση οδοντιατρικού ελέγχου και ενημέρωσης για τη Στοματική Υγεία, στις σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της περιοχής ευθύνης του.

Στο πλαίσιο του προγράμματος/δράσης, θα γίνει στις ………/……./20…. στους μαθητές της ……………τάξης του σχολείου, οδοντιατρική εξέταση. Η εξέταση θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου / οδοντιατρείου  του Κέντρου Υγείας, με όλους τους κανόνες υγιεινής και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέσματα της εξέτασης. Την ημέρα της επίσκεψης των οδοντιάτρων, τα παιδιά είναι σημαντικό να έχουν μαζί τους το Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού.

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση.

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η …………..…………..…………..…………..…………..…………..…………….. γονέας/κηδεμόνας, του/της

μαθητή/-τριας …………..…………..…………..…………..……………..…..……………………………………… δηλώνω ότι:

Επιθυμώ  Δεν επιθυμώ  να εξεταστεί το παιδί μου από τον/την οδοντίατρο του Κέντρου

Υγείας ………………………………………………………………......

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

……..…………..…………………………………

(υπογραφή)

Είμαστε στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε διευκρίνιση και πληροφορία.

Με εκτίμηση,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ο/Η Οδοντίατρος,  |  | του Κέντρου Υγείας |  |
|  | (ονοματεπώνυμο) |  |  |