



Δήμος Αμαρουσίου

ΔΩΡΕΑΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ  
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... με την ιδιότητα του  
ασκούντος τη γονική μέριμνα του/της .....  
μαθητή/τριας του 6ου Δ.Σχολείου Αμαρουσίου, δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την  
έγκριση μου να εξεταστεί δωρεάν ο γιος μου/η κόρη μου από **Εθελοντή**  
**Οδοντίατρο/Ορθοδοντικό του Δημοτικού Πολυατρείου του ΝΠΔΔ Οργανισμού**  
**Κοινωνικής Πολιτικής & Αλληλεγγύης Δήμου Αμαρουσίου (Ο.ΚΟΙ.Π.Α.Δ.Α.)**

Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος, θα πραγματοποιηθεί στην κινητή  
οδοντιατρική/ιατρική μονάδα του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε  
συνεργασία με το ΝΠΔΔ Ο.ΚΟΙ.Π.Α.Δ.Α. και υπό την αιγίδα του Δήμου  
Αμαρουσίου τη Δευτέρα 19 Μαρτίου 2018.

Το προληπτικό οδοντιατρικό πρόγραμμα έχει την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας,  
Έρευνας & Θρησκευμάτων.

Κατά τον οδοντιατρικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

Για οσιδήποτε παρατηρηθεί από τους οδοντιάτρους επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

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

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

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

ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ  
Ζήνωνος Ελεάτου 10  
151 23 Μαρούσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)  
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr  
🌐 www.hamogelo.gr

*Σας παρακαλούμε το «Έντυπο συγκατάθεσης» να  
επιστραφεί στο σχολείο μέχρι την Τετάρτη  
7 Μαρτίου 2018.*



ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ  
ΙΣΟΤΗΤΑ

