

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μονάδα Υγείας: 1<sup>η</sup> & 2<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κορυδαλλού

Ταχ. Δ/ση: Ξενοφώντος 5 &amp; Πελοπίδα

Τηλ: 2132129360

Πληροφορίες: Ροδουσάκης Ευάγγελος

E-mail: [tomykorydallou1@2dype.gov.gr](mailto:tomykorydallou1@2dype.gov.gr)[tomykorydallou2@2dype.gov.gr](mailto:tomykorydallou2@2dype.gov.gr) Fax:

Κέντρο Υγείας Νίκαιας  
1<sup>η</sup> & 2<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κορυδαλλού

## 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 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κορυδαλλού θα επισκεφθεί το 6<sup>ο</sup> Δημοτικό Σχολείο Κορυδαλλού την Πέμπτη 18/04/2024 και την Παρασκευή 19/04/2024 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 στο 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 από το Διευθυντή 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 την Πέμπτη 18/04/2024 και την Παρασκευή 19/04/2024 στο χώρο του σχολείου.

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

(υπογραφή)