|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Υπουργείο Εξωτερικών |  |  |  |  | |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  |  |  | | |
| C:\Users\LitsasP\Documents\004 ΓΓΠΦΥ Προτάσεις Οδοντιατρικής Ομάδας\Υλικό από\logoYYKA_vectorized.png | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ Κέντρο Υγείας: | ΣΠΜΠ Κ. ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ |  | | |
| ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | Ταχ. Δ/νση: | **ΣΟΦΟΚΛΗ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ** | Τηλ: | | **210-6774699** |
| 1η Υγειονομική Περιφέρεια | Πληροφορίες: | **ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ** |  | |  |
| E-mail: | **pedykx@hotmail.com** | Fax: | | **210-6714018** |
|  |  |  | |  |

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του 7ου Δημοτικού Σχολείου Χαλανδρίου

Το Κέντρο Υγείας **ΣΠΜΠ Κ. ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ** υλοποιεί δράση εμβολιαστικής κάλυψης, στις σχολικές μονάδες της περιοχής ευθύνης του.

Στο πλαίσιο της δράσης, θα γίνει τη Δευτέρα 3 και Τρίτη 4/12/2018 στους μαθητές όλων των τάξεων του σχολείου, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας παιδιού. Ο έλεγχος θα πραγματοποι-ηθεί στο χώρο του σχολείου και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέ-σματα του ελέγχου. Την ημέρα της επίσκεψης τα παιδιά είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ να έχουν μαζί τους **το Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού.**

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στη δράση, 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 συμμετέχει το παιδί μου στον έλεγχο εμβολιαστικής κάλυψης από Επισκέπτες Υγείας του Κέντρου Υγείας **ΣΠΜΠ Τ.Ι ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΤΩ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ**

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

……..…………..…………………………………