

«ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ»

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... με την ιδιότητα του ασκούντος τη γονική μέριμνα /κηδεμονία, δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκριση μου να εξεταστεί δωρεάν ο/η..... μαθητή/τριας της..... τάξης του..... Σχολείου....., από εθελοντή παιδίατρο του Ιατρικού Συλλόγου Ρεθύμνου. Ο προληπτικός παιδιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στην Κινητή Ιατρική/Ακοολογική Μονάδα Προληπτικής του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με την Περιφέρεια Κρήτης, τον Ιατρικό Σύλλογο Ρεθύμνου, και του Δήμου Ρεθύμνης.

Το Δελτίο Εξέτασης δίνεται σε κάθε εξεταζόμενο. Τα προσωπικά δεδομένα που αναγράφονται τηρούνται από «Το Χαμόγελο του Παιδιού» για δύο έτη.

Είναι σημαντικό ο μαθητής/τρια να έχει μαζί του/της το Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας, εφόσον υπάρχει.

Κατά τον προληπτικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τον παιδίατρο επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

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

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Τηλέφωνο Επικοινωνίας Ασκούντος τη Γονική Μέριμνα:.....

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

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



ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ
ΙΣΟΤΗΤΑ



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Ζήνωνος Ελεότου 10
151 23 Μαρούσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr