

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**  
**ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... γονέας/κηδεμόνας του/της ....., μαθητή/τριας της.....τάξης του.....Σχολείου....., δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκριση μου να εξεταστεί δωρεάν ο γιος μου/η κόρη μου από Ιατρούς/Οδοντίατρους που συμμετέχουν εθελοντικά στο πρόγραμμα Προληπτικής Ιατρικής/Οδοντιατρικής «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού».

Το πρόγραμμα υλοποιείται σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Ιωαννίνων, τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ιωαννίνων και υπό την αιγίδα της Περιφέρειας Ηπείρου.

Συμμετέχουν εθελοντικά παιδίατροι, οδοντίατροι, οφθαλμίατροι, ωτορινολαρυγγολόγοι και γενικοί ιατροί.

Οι προληπτικές ιατρικές/ οδοντιατρικές εξετάσεις θα πραγματοποιηθούν στο Κινητό Πολυϊατρείο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού».

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

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

....., ...../...../.....

**Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ**

(Ολογράφως και υπογραφή)

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

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



ΦΡΟΝΤΙΔΑ,  
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ,  
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ  
Ζήνωνος Ελεάτου 10  
151 23 Μαρούσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)  
☎ 210 38 43 038

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