

## ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... με την ιδιότητα του ασκούντος τη γονική μέριμνα /κηδεμονία, δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκρισή μου να εξεταστεί δωρεάν ο/η..... μαθητή/τριας της..... τάξης του .....Σχολείου....., από εθελοντές/τριες γιατρούς του Ιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου. Ο προληπτικός ιατρικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στα κινητά Πολυιατρεία «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ I & II» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου, υπό την αιγίδα του Δήμου Φαιστού.

Συμμετέχει εθελοντικά παιδίατρος.

Κατά τον προληπτικό έλεγχο τηρούνται αυστηροί κανόνες υγιεινής.

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.

Η παιδιατρική εξέταση περιλαμβάνει τακτικό παιδιατρικό έλεγχο (π.χ. δερματολογικός έλεγχος, ουρογεννητικός έλεγχος, ψυχοκινητική εξέλιξη, έλεγχος κυκλοφορικού κ.α.)

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους/τις γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

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

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Τηλέφωνο Επικοινωνίας Ασκούντος τη Γονική

Μέριμνα:.....

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

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



ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ  
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ  
Γαρυττού 80 153 43  
Αγία Παρασκευή Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)  
☎ 210 38 43 038

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