



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

### ΔΩΡΕΑΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

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 Ιατρούς/Οδοντίατρους που συμμετέχουν εθελοντικά στο πρόγραμμα Προληπτικής Ιατρικής/Οδοντιατρικής «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού».

Το πρόγραμμα υλοποιείται σε συνεργασία με τον **με τον Ιατρικό Σύλλογο Άρτας, τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Άρτας και υπό την αιγίδα του Δήμου Άρτας.**

**Συμμετέχουν εθελοντικά παιδίατρος, οφθαλμίατρος, ωτορινολαρυγγολόγος, γενικός γιατρός & οδοντίατρος**

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

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 Βιβλιário Υγείας, εφόσον υπάρχει.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους 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
- 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