

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ «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..... μαθητής/τρια της..... τάξης τουΣχολείου....., από εθελοντές ΩΡΛ του Ιατρικού Συλλόγου Ρεθύμνου .Ο προληπτικός ωτορυνολαρυγγικός έλεγχος θα υλοποιηθεί στο κινητό Πολυιατρείο «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», σε συνεργασία με τον Δήμο Ρεθύμνου.

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.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους ιατρούς / οδοντιάτρους, 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
Γαρυττού 80 153 43
Αγία Παρασκευή Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr