



ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1η Υγειονομική  
Περιφέρεια

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ  
Κέντρο Υγείας:

ΔΑΦΝΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Δημητρίου 50 Α. Παπανδρέου 3 Τηλ: 2109734727

Πληροφορίες: Σταθμός Προστασίας Μητέρας Παιδιού & Εφηβ

E-mail: srnpred@gmail.com Fax: 2109766617

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του ..... Σχολείου

Το Κέντρο Υγείας Δάφνης....., υλοποιεί δράση εμβολιαστικής κάλυψης, στις σχολικές μονάδες της περιοχής ευθύνης του.

Στο πλαίσιο της δράσης, θα γίνει στις ...../...../20.... στους μαθητές της .....τάξης του σχολείου, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας παιδιού. Ο έλεγχος θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέσματα του ελέγχου. Την ημέρα της επίσκεψης τα παιδιά είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ να έχουν μαζί τους το **Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού**.

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στη δράση, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση.

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η

..... γονέας/κηδεμόνας, του/της

μαθητή/-τριας .....

δηλώνω ότι:

Επιθυμώ  Δεν επιθυμώ

να συμμετέχει το παιδί μου στον έλεγχο εμβολιαστικής κάλυψης από Επισκέπτες Υγείας του Κέντρου Υγείας .....

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....