ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ
www.hamogelo.gr
e-mail: info@hamogelo.gr

«ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η……..κηδεμόνας του/της ……μαθητή/τριας της……τάξης του …….. Δημοτικού Σχολείου…… δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκρισή μου να εξετασθεί ο γιος μου/η κόρη μου από Οδοντίατρο του προγράμματος Προληπτικής Οδοντιατρικής που θα πραγματοποιηθεί στην Κινητή Οδοντιατρική Μονάδα του συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού» σε συνεργασία με την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.

Για ο,τιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

……, …../…./……

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)