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

«ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ / ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η……..κηδεμόνας του/της ……μαθητή/τριας της……..τάξης του …….. Νηπιαγωγείου/Δημοτικού Σχολείου……, δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκρισή μου να εξεταστεί ο γιος μου/η κόρη μου από εθελοντές επαγγελματίες υγείας (Παιδίατρος, Οδοντίατρος, Οφθαλμίατρος, ΩΡΛ) του προγράμματος Προληπτικής Ιατρικής, που θα πραγματοποιηθεί στο Κινητό Πολυϊατρείο « ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ » του συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού».

Είναι σημαντικό ο μαθητής/τρια να έχει μαζί του/της το Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας, εφόσον υπάρχει.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

……, …../…./……

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)