



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1η Υγειονομική
Περιφέρεια

ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Ταχ. Δ/ση:

Πληροφορίες:

E-mail:

Κέντρο Υγείας Αμαρουσίου –
Σταθμός Προστασίας Μάνας
Παιδιού και Εφήβου

Χατζηαντωνίου 15, Μαρούσι

Επισκέπτριες Υγείας

smpreamarousiou@gmail.com

Τηλ:

2106200322

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

1. Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του(Σχολείο)

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

Στο πλαίσιο της δράσης, θα γίνει στις/...../20... στους μαθητές τηςτάξης του σχολείου, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας παιδιού. Ο έλεγχος θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου (όχι στην αίθουσα διδασκαλίας) χωρίς να παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία των μαθημάτων, εφόσον δεν περιλαμβάνει τη φυσική παρουσία των μαθητών. 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 (Βιβλιάριο Εμβολίων)**.

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 τις Επισκέπτριες Υγείας του Κέντρου Υγείας Αμαρουσίου.

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....