|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Υπουργείο Εξωτερικών |  |  |  |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  |  |  |
| C:\Users\LitsasP\Documents\004 ΓΓΠΦΥ Προτάσεις Οδοντιατρικής Ομάδας\Υλικό από\logoYYKA_vectorized.png | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ Κέντρο Υγείας: | **ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ** |  |
|  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | Ταχ. Δ/νση: | ΜΑΡΙΝΟΥ ΑΝΤΥΠΑ&ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 1 |  Τηλ: | 210 9978822 |
| 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής  | Πληροφορίες: | ΤΑΤΑΡΑΚΗ Κ- ΚΑΝΔΥΛΗ Κ. |  |  |
| E-mail: | spmpilioupolis@gmail.com |  |  |
|  |  |  |  |

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του ……**2ου** ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ

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

Στο πλαίσιο της δράσης, θα γίνει στις …***11/05/2022 (ΤΕΤΑΡΤΗ***)…. στους μαθητές της

 ***Γ*…**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.** *( 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 Επισκέπτες Υγείας του Κέντρου Υγείας ………………………………………………………………......

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

……..…………..…………………………………