|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Υπουργείο Εξωτερικών |  |  |  |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  |  |  |
| C:\Users\LitsasP\Documents\004 ΓΓΠΦΥ Προτάσεις Οδοντιατρικής Ομάδας\Υλικό από\logoYYKA_vectorized.png | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ Κέντρο Υγείας: | 25ης Μαρτίου, Τ.Ι. Βότση |  |
|  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | Ταχ. Δ/νση: | Λ. Εθνικής Αντιστάσεως 62 | Τηλ: | 2311223203 |
| 4η Υγειονομική Περιφέρεια  | Πληροφορίες: | Ιωαννίδου Σ. |  |  |
| E-mail: | my\_25martiou@4ype-pedy.gr | Fax: | 2310450854 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Προληπτική Οδοντιατρική

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του 23ου Δημοτικού Σχολείου Καλαμαριάς

Το οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας 25ης Μαρτίου, Τοπικό Ιατρείο Βότση, υλοποιεί πρόγραμμα/δράση οδοντιατρικού ελέγχου και ενημέρωσης για τη Στοματική Υγεία, στις σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της περιοχής ευθύνης του.

Στο πλαίσιο του προγράμματος/δράσης, θα γίνει στις 23/05/2018 στους μαθητές της Στ΄ τάξης του σχολείου, οδοντιατρική εξέταση. Η εξέταση θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου με όλους τους κανόνες υγιεινής και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέσματα της εξέτασης.

Την ημέρα της επίσκεψης των οδοντιάτρων, τα παιδιά είναι σημαντικό να έχουν μαζί τους την Οδοντόβουρτσά τους.

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα, 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 εξεταστεί το παιδί μου από τον/την οδοντίατρο του Κέντρου Υγείας 25ης Μαρτίου.

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

……..…………..…………………………………

(υπογραφή)

Είμαστε στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε διευκρίνιση και πληροφορία.

Με εκτίμηση,

 Ευγενία Τσιτσίνια

Οδοντίατρος του

Κ.Υ. 25ης Μαρτίου