|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Υπουργείο Εξωτερικών |  |  |  |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  |  |  |
| C:\Users\LitsasP\Documents\004 ΓΓΠΦΥ Προτάσεις Οδοντιατρικής Ομάδας\Υλικό από\logoYYKA_vectorized.png | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ Κέντρο Υγείας: | **Τ.Ι ΒΡΙΛΗΣΣΙΩΝ**  |  |
|  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ | Ταχ. Δ/νση: | **ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΠΕΝΤΕΛΗΣ 132** | **Τηλ:** | **210-6137671** |
| 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής  | Πληροφορίες: | **ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ** **ΓΕΩΡΓΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ** | **Κιν.** |  |
| E-mail: | **ti-vrilission@1dype.gov.gr** |  |  |
|  |  |  |  |

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες **του 6ου Δημοτικού Σχολείου**

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

Στο πλαίσιο της δράσης, θα γίνει στις **31/01/2023** στους μαθητές της **Ε’ και ΣΤ’ τάξης** του σχολείου, **έλεγχος βιβλιαρίων υγείας παιδιού (ΟΧΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ)**. 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.**

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

……..…………..…………………………………