

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**2η ΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ**

**ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ**

 **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

 Σας ενημερώνουμε ότι η 2η ΥΠΕ Πειραιώς & Αιγαίου, το Κέντρο Υγείας Δραπετσώνας και οι 1η, 2η και 3η ΤΟ.Μ.Υ Κερατσινίου-Δραπετσώνας, πρόκειται να υλοποιήσουν κατά το σχολικό έτος 2019-2020, Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου σε όλες τις τάξεις των **Δημοτικών σχολείων** του Δήμου Κερατσινίου Δραπετσώνας, ο οποίος περιλαμβάνει**: Έλεγχο Εμβολιαστικής Κάλυψης.**

 Η ομάδα που θα ελέγξει την εμβολιαστική κάλυψη των μαθητών/τριών θα αποτελείται από: Επισκέπτριες Υγείας.

 Κατά την ημέρα διεξαγωγής των εξετάσεων και του ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης που θα πραγματοποιηθεί **την Πέμπτη 21 Νοεμβρίου 2019**, καλείστε να έχετε στη σχολική τσάντα του παιδιού σας το ατομικό βιβλιάριο εμβολίων και το παρόν έγγραφο συμπληρωμένο.

Για τη συμμετοχή ή μη του παιδιού σας στο Πρόγραμμα, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα κάτωθι:

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ……………………………………………………………………………………………..**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ………………………………………………………………………………………**

Δηλώνω ότι (κυκλώστε αντίστοιχα):

 **ΔΕΧΟΜΑΙ**  **ΔΕΝ ΔΕΧΟΜΑΙ**

το παιδί μου να συμμετέχει στον Προληπτικό Έλεγχο.

Σε περίπτωση που επιθυμείτε τη συμμετοχή στον έλεγχο, παρακαλούμε να τον επιλέξετε :

* **Έλεγχος Ατομικού Βιβλιαρίου Υγείας παιδιού**.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ….…………….…… 2019

 **ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ του ΣΧΟΛΕΙΟΥ**