



ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΟΣ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ  
www.hamogelo.gr  
info@hamogelo.gr



ΤΑ ΣΠΙΤΙΑ ΜΑΣ

ΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ  
ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ  
ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ  
ΠΑΙΔΙΩΝ, ΓΟΝΕΩΝ  
ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ  
ΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ  
ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ  
ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ  
ΙΑΤΡΙΚΗ

ΚΙΝΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ  
ΜΟΝΑΔΕΣ

ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΑ

SOS 1056  
ΕΘΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ  
ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

AMBER  
ALERT  
HELLAS

116000  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΓΡΑΜΜΗ  
ΓΙΑ ΤΑ ΕΞΑΦΑΝΙΣΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ  
ΕΥΡΩΠΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΞΑΦΑΝΙΣΜΕΝΑ  
ΚΑΙ ΥΠΟ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ  
ΠΑΙΔΙΑ (SEEC)



## ΔΩΡΕΑΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....,  
γονέας/κηδεμόνας του/της .....  
μαθητή/τριας της.....τάξης του.....Σχολείου.....,  
δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκρισή μου να εξεταστεί ο γιος μου/η κόρη μου  
από **Εθελοντές Οδοντιάτρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Τρικάλων, σε  
συνεργασία με το Δήμο Φαρκαδόνας.**

Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος θα πραγματοποιηθεί στην **Κινητή  
Οδοντιατρική/Παιδιατρική Μονάδα του Συλλόγου  
«Το Χαμόγελο του Παιδιού».**

**Είναι σημαντικό ο μαθητής/τρια να έχει μαζί του/της το Ατομικό  
Βιβλιάριο Υγείας, εφόσον υπάρχει.**

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους οδοντιάτρους επιθυμώ να ενημερωθώ  
γραπτώς.

....., ...../...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ  
(Ολογράφως και υπογραφή)

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

- ΕΟΠΥΥ
- ΠΡΟΝΟΙΑΣ
- ΆΛΛΟ (παρακαλώ σημειώστε).....
- Καμία