

ΕΛΛΗΝΙΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

2<sup>η</sup> Υγειονομική  
Περιφέρεια

(.....  
.....  
.....η μονάδα υγείας)

....., / /201...

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μονάδα Υγείας: \_\_\_\_\_

Ταχ. Δ/ση: \_\_\_\_\_

Τηλ: \_\_\_\_\_

Πληροφορίες: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## Ενημερωτική επιστολή γονέων & ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

στο πλαίσιο δράσεων και παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα σε μαθητές σχολικών μονάδων και αναγνωρίζοντας ότι η πρόληψη της νοσηρότητας και θνητότητας από τα λοιμώδη νοσήματα με τους εμβολιασμούς αποτελεί το σπουδαιότερο επίτευγμα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η μονάδα υγείας ..... θα επισκεφθεί το ..... (σχολείο) στις ...../...../20... με ομάδα επαγγελματιών υγείας προκειμένου να ελέγξει την εμβολιαστική κάλυψη του μαθητικού πληθυσμού.

Παρακαλούμε για την προσκόμιση του Βιβλιαρίου Υγείας Παιδιού (Β.Υ.Π.) του παιδιού σας, προκειμένου να ελεγχθεί η εμβολιαστική του κατάσταση (σύμφωνα με την παρ. 12 του άρθρου 16 του ΠΔ 79/2017 (ΦΕΚ 109 τ. Α') «Οργάνωση και λειτουργία των Νηπιαγωγείων και των Δημοτικών Σχολείων»)

(εδώ πρέπει να μπει αν θα δοθεί απάντηση εγγράφως για την εμβολιαστική κατάσταση και πως θα τους κοινοποιηθεί)

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε στον/στην εκπαιδευτικό έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση υπογεγραμμένη και στην περίπτωση που επιθυμείτε τη συμμετοχή σας να προσκομίσετε την ημέρα που υποδείχθηκε το Βιβλιάριο Υγείας του παιδιού σας .

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η .....γονέας/κηδεμόνας,  
του/της μαθητή/-τριας ..... δηλώνω ότι:

Επιθυμώ  Δεν επιθυμώ  να συμμετέχει το παιδί μου στο πρόγραμμα ελέγχου εμβολιαστικής κάλυψης που θα διεξαχθεί στις **14 Μαΐου 2024** στο χώρο του σχολείου.

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....  
(υπογραφή)