



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)



## ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....,  
γονέας/κηδεμόνας του/της .....  
μαθητή/τριας της.....τάξης του.....Σχολείου.....  
δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκριση μου να εξεταστεί ο γιος μου/η κόρη μου  
από Εθελοντές Ιατρούς/Οδοντίατρους του προγράμματος Προληπτικής  
Ιατρικής/Οδοντιατρικής που θα πραγματοποιηθεί στο Κινητό Πολυϊατρείο  
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», υπό την αιγίδα του  
Δήμου Ηρακλείου και σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου, τον  
Οδοντιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου και το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό  
Νοσοκομείο Ηρακλείου & το Βενιζέλειο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.  
Το πρόγραμμα έχει εγκριθεί από τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης  
Ηρακλείου.

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

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.  
....., ...../...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

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