**ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

**…. / …. / 202**



**ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ταχ. Δ/νση:**

Μ. Κρικελή 10

2283360000

**Τηλέφωνο:**

Κ.Υ. ΤΗΝΟΥ

**Μονάδα Υγείας:**

**2η Υγειονομική Περιφέρεια**

**Πληροφορίες:**

Σάββαρη Άννα Μαρία – Αρμάου Μαριάννα

Κ.Υ. ΤΗΝΟΥ

**FAX:**

**E-mail:**

**Ενημερωτική Επιστολή Γονέων &**

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

Στο πλαίσιο της ανάπτυξης και υλοποίησης δράσεων και παρεμβάσεων **ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού σε θέματα Αγωγής Υγείας** σε εθνικό επίπεδο, που υλοποιείται κάθε χρόνο από το Υπουργείο Υγείας, η μονάδα υγείας **ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝΟΥ**, θα επισκεφθεί το σχολείο σας στις ….../….../20... με ομάδα επαγγελματιών υγείας.

Το εγκεκριμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας που θα υλοποιηθεί στους μαθητές/τριες της/των τάξης/τάξεων είναι το Πρόγραμμα **«Πρώτες Βοήθειες στα παιδιά – Πρόληψη Ατυχημάτων»**

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

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ** ............................................................................................................

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ** ....................................................................................................................

Δηλώνω ότι(κυκλώστε αντίστοιχα):

**ΔΕΧΟΜΑΙ** **ΔΕΝ ΔΕΧΟΜΑΙ**

το παιδί μου να συμμετέχει στο πρόγραμμα.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ**