******ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΠΑΛΟΥΡΙΩΤΙΣΣΑΣ Γ’**

**Αγίου Νικολάου 38, 1040 Παλουριώτισσα**

**Τηλέφωνο: 22437455 Fax: 22877102**

**dim-palouriotissa3-lef@schools.ac.cy**

Αγαπητοί γονείς,

Σε αρκετές περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, οι υπεύθυνοι εκπαιδευτικοί Πρώτων Βοηθειών περιποιούνται παιδιά που έχουν τραυματιστεί ελαφρά, χρησιμοποιώντας BETADINE για απολύμανση των πληγών. Κάποιες άλλες φορές χρειάζεται να χειριστούν περιστατικά που έχουν να κάνουν με τσιμπήματα εντόμων που προκαλούν φουσκώματα με τη χρήση της κορτιζονούχας αλοιφής SENSIBIO.

**Η παρούσα δήλωση ισχύει μόνο για το φάρμακο betadine (υγρό και κρέμα) και την κορτιζονούχα αλοιφή sensibio .** Για άλλου είδους φαρμακευτική αγωγή εμπλέκονται εκπαιδευτικοί μόνον αν υπάρχουν οι πιο κάτω προϋποθέσεις: η φαρμακευτική αγωγή συστήνεται γραπτώς από γιατρό, υπάρχει η γραπτή συγκατάθεση των γονέων, ο εκπαιδευτικός που θα εμπλακεί έχει τις κατάλληλες γνώσεις για χορήγηση του φαρμάκου και έχει αποδεχτεί εθελοντικά να χορηγεί το φάρμακο.

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την πιο κάτω δήλωση και να την επιστρέψετε στο σχολείο μέσω του παιδιού σας.

Μαρία Δήμου – Διευθύντρια

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Όνομα μαθητή/μαθήτριας: ...................................................................... Τάξη: ...................

1. Δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου δεν έχει οποιαδήποτε αλλεργία στην κορτιζόνη και δίνω την έγκρισή μου για να χρησιμοποιηθεί η αλοιφή **Sensibio** σε περίπτωση που το παιδί μου τσιμπηθεί από κάποιο έντομο και φουσκώσει το σημείο του τσιμπήματος.

Υπογραφή γονέα

...................................................

--------------------------------

Υπογραφή γονέα

--------------------------------

1. Δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου δεν έχει οποιαδήποτε αλλεργία στο φάρμακο **betadine** και δίνω την έγκρισή μου για να χρησιμοποιηθεί το φάρμακο αυτό για περιποίηση πληγών του παιδιού μου σε περίπτωση μικροτραυματισμού.

Υπογραφή γονέα

...................................................

--------------------------------