## 

**ΥΠΑΝ ΔΔΕ 19**

РЕСПУБЛИКА КИПР

|  |  |
| --- | --- |
| **МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ,**  **СПОРТА И МОЛОДЁЖИ** | **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  **СЛУЖБЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** |

**НАЧАЛЬНАЯ ШКОЛА/ ДЕТСКИЙ САД/ СПЕЦИАЛЬНАЯ ШКОЛА** …………………………………………………

**УЧЕБНЫЙ ГОД:** ……………………………..

**ВИЗИТЫ В ШКОЛУ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

/ *Уважаемые родители/ опекуны,*

*В рамках усилий Министерства здравоохранения по обеспечению здоровья детей, медицинские работники в сотрудничестве с Министерством Образования, Спорта и Молодёжи, посещают школы для различных профилактических осмотров детей, которые проводятся периодически во время учебы. Эти обследования помогают в общей оценке и контроле состояния здоровья детей Службой Школьного Здравоохранения с целью своевременного выявления, лечения и мониторинга соответствующих проблем.*

*Обследования, которые проводятся с абсолютной конфиденциальностью и с основной целью заботы об обеспечении индивидуальности и достоинства ребёнка, включают обследование сердечно-сосудистой системы (например, на наличие сердечных шумов или аритмии), дыхательной системы, брюшной полости, мочеполовой системы мальчиков (чтобы исключить крипторхизм или фимозу), обследования позвоночника (например, при кифозе или сколиозе) и полости рта. Также, проводятся измерение параметров тела, проверка зрения и слуха и, при необходимости, проверка на дальтонизм.*

***Визит медицинских работников в нашу школу состоится …………………………………………… и будет включать осмотр учащихся классов ……………………………… .......... Обратите внимание, что Вы имеете полное право присутствовать на медицинском осмотре Вашего ребёнка.***

*Следует отметить, что существует вероятность того, что визит медицинских работников не состоится в определенный день из-за чрезвычайной ситуации, или возможных препятствий для работы медицинских работников или других мероприятий школы. Поэтому, если Вы планируете присутствовать на медицинском осмотре Вашего ребёнка, мы предлагаем связаться утром в определенный день с секретариатом школы, чтобы подтвердить факт визита медицинских работников в нашу школу.*

***Примечание:*** *осмотр Вашего ребёнка будет проводиться только в том случае, если Вы предоставите свое письменное согласие в соответствующей форме, которая будет направлена Вам Службой Школьного Здравоохранения через нашу школу в начале учебного года.*