



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΝΕΟΛΑΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΣΗΣ
ΓΕΝΙΚΗΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Αρ. Φακ.: 21.8.01.2/2
Αρ. Τηλεφ.: 22800860
Αρ. Τηλεομοιότυπου: 22800862
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: eneofytou@schools.ac.cy

31 Ιουλίου 2020

Διευθυντές /ντριες Γυμνασίων Δημόσιων και Ιδιωτικών Σχολείων Μέσης Γενικής Εκπαίδευσης:
(Αγίου Δομετίου, Αγλαντζιάς, Λασιών, Σολέας, Παλουριώτισσας, Περιφερειακό Κοκκινότριμιθιάς, Β' Περιφερειακό Λευκωσίας – Μαλούντα, Καθολικής, Καλογεροπούλου, Λανίτειο, Ύψωνα, Αγρού, Νεάπολης, Τσίρειο, Φανερωμένης, Ευρυβιάδειο, Δροσιάς, Περιφερειακό Γυμνάσιο Λύκειο Λευκάρων, Ξυλοτύμπου, Αθηνίου, Αγίου Θεοδώρου, Αποστόλου Παύλου, Πόλεως Χρυσοχούς, Κάτω Πύργου, Πολεμίου, Δερύνειας.

Θέμα: Προληπτικά Προγράμματα Οδοντιατρικών Υπηρεσιών για τη σχολική χρονιά 2020-2021

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα και θα ήθελα να σας ενημερώσω για τα προγράμματα που θα εφαρμόσει ο Τομέας Πρόληψης για τη σχολική χρονιά 2020-2021. Συγκεκριμένα το **Πιλοτικό πρόγραμμα οδοντιατρικής εξέτασης μαθητών Γ τάξης Γυμνασίου (5)**.

Παρακάτω σας παρατίθενται αναλυτικές πληροφορίες για το πρόγραμμα.

5. Πιλοτικό πρόγραμμα οδοντιατρικής εξέτασης μαθητών Γ τάξης Γυμνασίου

Το πρόγραμμα της δωρεάν στοματολογικής εξέτασης έχει επεκταθεί πιλοτικά από τη σχολική χρονιά 2015-16 και στους μαθητές της Γ τάξης Γυμνασίου, προσφέροντας δωρεάν οδοντιατρική εξέταση και διαφώτιση από δημόσιο οδοντιατρικό λειτουργό στους μαθητές της Γ τάξης. **Κατά τη σχολική χρονιά 2020-21 θα συμπεριληφθούν τα πιο κάτω 26 Γυμνάσια που φαίνονται στον πίνακα 1.** Ως εκ τούτου παρακαλούνται οι Διευθυντές και Διευθύντριες των Γυμνασίων όπως δώσουν το έντυπο που φαίνεται στο **Παράρτημα 4** για υπογραφή από τους γονείς των παιδιών που φοιτούν στη Γ' τάξη Γυμνασίου.

Πίνακας 1: Γυμνάσια που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα οδοντιατρικής εξέτασης

A/A	Γυμνάσιο	Επαρχία
1	Αγίου Δομετίου	Λευκωσία
2	Αγλαντζιάς	Λευκωσία
3	Λατσιών	Λευκωσία
4	Σολέας	Λευκωσία
5	Παλουριώτισσας	Λευκωσία
6	Περιφερειακό Κοκκινотριμιθιάς	Λευκωσία
7	Β Περιφερειακό Γυμνάσιο Λευκωσίας - Μαλούντα	Λευκωσία
8	Καθολικής	Λεμεσός
9	Καλογεροπούλου	Λεμεσός
10	Λανίτειο	Λεμεσός
11	Υψωνα	Λεμεσός
12	Αγρού	Λεμεσός
13	Νεάπολης	Λεμεσός
14	Τσίρειο	Λεμεσός
15	Φανερωμένης	Λάρνακα
16	Ευρυβιάδειο	Λάρνακα
17	Δροσιάς	Λάρνακα
18	Περιφερειακό Γυμνάσιο και Λύκειο Λευκάρων	Λάρνακα
19	Ξυλοτύμπου	Λάρνακα
20	Αθηνένου	Λάρνακα
21	Α Αγίου Θεοδώρου	Πάφος
22	Αποστόλου Παύλου	Πάφος
23	Πόλεως Χρυσοχού	Πάφος
24	Κάτω Πύργου	Πάφος
25	Πολεμίου	Πάφος
26	Δερύνειας	Αμμόχωστος

Η δική σας συμμετοχή και συνεργασία είναι αναγκαία για την επιτυχία των προγραμμάτων.

α.α. Σπ. Αντωνέλλος

Δρ Κυπριανός Δ. Λούης
Διευθυντής Μέσης Γενικής Εκπαίδευσης

Αγαπητοί γονείς,

Οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στα πλαίσια της συνεχούς προσπάθειάς τους για προαγωγή της στοματικής υγείας και την αναχαίτιση των δύο κυριότερων στοματικών παθήσεων, της τερηδόνας και της ουλίτιδας, εφαρμόζουν διάφορα προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται στα παιδιά ηλικίας 5 -15 ετών

Στο σχολείο που φοιτά το παιδί σας θα γίνει ΜΟΝΟ εξέταση των παιδιών της Γ τάξης Γυμνασίου. Παρακαλώ υπογράψτε το έντυπο και επιστρέψετε το στο σχολείο αν συμφωνείτε όπως το παιδί σας εξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο. Θα θέλαμε να σας διευκρινίσουμε ότι η εξέταση γίνεται με καθρεφτάκια μιας χρήσης ακολουθώντας όλους τους κανονισμούς όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Με το πέρας της εξέτασης θα δοθεί ενημερωτικό φυλλάδιο στο παιδί σας αναφορικά με την κατάσταση του στόματος του. Περαιτέρω σας πληροφορούμε ότι **παιδιά που θα εντοπιστούν με στοματολογικά προβλήματα θα επανεξεταστούν στο τέλος της σχολικής χρονιάς** για σκοπούς επανελέγχου της στοματικής τους κοιλότητας αλλά και αξιολόγησης της επιτυχίας του προγράμματος στη μείωση των παιδιών με ανάγκες θεραπείας.

Η εξέταση του παιδιού σας θα γίνει

Περαιτέρω σας πληροφορούμε ότι σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679 περί προσωπικών δεδομένων στα αρχεία μας θα φυλάγονται τα ευρήματα που θα προκύψουν από την κλινική οδοντιατρική εξέταση του παιδιού σας. Τα δεδομένα αυτά, τα οποία τηρούνται σε έγγραφη ή και ηλεκτρονική μορφή, είναι εμπιστευτικά. Δε θα αποκαλύπτονται σε τρίτα πρόσωπα εκτός όπου είναι αναγκαίο για την προσφορά της ορθής οδοντιατρικής θεραπείας ή αν είμαστε υποχρεωμένοι διά νόμου ή εάν μας έχετε εξουσιοδοτήσει να το κάνουμε. Σας πληροφορούμε ότι έχετε δικαίωμα στην πρόσβαση στα δεδομένα των παιδιών σας για τα οποία μπορείτε να ζητήσετε να γίνει διόρθωση ή και διαγραφή.

Έλαβα γνώση και συναινώ.

Ευελπιστούμε στη δική σας συνεργασία

Δρ. Χριστάκης Τσέλεπος
Διευθυντής Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

Όνομα μαθητή

/τριας:.....

Σχολείο:.....

Τάξη:.....

Ο/Ηγονέας/κηδεμόνας του πιο πάνω
μαθητή/τριας

Δέχομαι όπως το παιδί μου εξεταστεί και εάν χρειαστεί επανεξεταστεί από
κυβερνητικό οδοντίατρο

☐

Δεν δέχομαι όπως το παιδί μου εξεταστεί από κυβερνητικό οδοντίατρο

☐

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα:..... Ημερ.:.....