**ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ –ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

Οδηγίες: παρακαλώ συμπληρώστε ολόκληρη τη φόρμα

|  |  |
| --- | --- |
| **Ωφελούμενος:****Όνομα:****Επώνυμο:****Εθνικότητα:** | **Ποιός/ά επαγγελματίας υγείας συμπληρώνει το έντυπο:****Όνομα:****Επώνυμο:****Φορέας:** |
| **Φύλο:****Ημερομηνία γέννησης:** | **Ημερομηνία καταγραφής:** |
| **Αριθμός του οικίσκου:** | **Χώρος που έλαβε μέρος το περιστατικό:** |

|  |
| --- |
| **Περιγραφή Περιστατικού:** |