

DANE UCZNIA DLA POTRZEB MEDYCZYNY SZKOLNEJ

(informacja tylko dla służby zdrowia, objęta tajemnicą medyczną i ustawą o ochronie danych osobowych)

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Adres zamieszkania dziecka.....
3. Data urodzenia dziecka.....
4. PESEL dziecka.....
5. Imię matki.....
6. Imię ojca.....
7. Kontakt tel. rodzica/opiekuna prawnego.....
8. Leki na które dziecko jest uczulone.....

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na fluoryzację dziecka w klasach od I – VIII.
2. Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej.
3. Wyrażam/nie wyrażam* ZGODĘ NA POINFORMOWANIE WYCHOWAWCY, PEDAGOGA I NAUCZYCIELA W – F O STANIE ZDROWIA MOJEGO DZIECKA.
4. Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na dostarczenie aktualnych informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka w okresie nauki szkoły podstawowej.

.....

(podpis rodzica/opiekuna)

Data.....

*niepotrzebne skreślić