

DANE UCZNIĄ 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 i PESEL.....
6. Imię ojca i PESEL.....
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 do VI
2. Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na wykonywanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego
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 w szkole podstawowej

.....

(podpis rodzica/opiekuna)

Data.....

*niepotrzebne skreślić