

DANE UCZNIĄ DLA POTRZEB MEDYCYNY SZKOLNEJ

(INFORMACJE TYLKO DO UŻYTKU SŁUŻBY ZDROWIA, OBJĘTE TAJEMNICĄ I USTAWĄ O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH)

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Pesel dziecka.....
4. Dziecko zadeklarowane jest do lekarza.....
przyjmującego w przychodni.....

Oświadczenie

1. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na wykonanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 21.03.2007 r. w sprawie zakresu i organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
2. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na poinformowanie wychowawcy, pedagoga i nauczyciela w-f o stanie zdrowia mojego dziecka.
3. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na fluoryzację zębów 6 x w roku szkolnym.

.....
data

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego