

## DANE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ UCZNI

1. Imię i nazwisko dziecka: .....
2. Data urodzenia: .....
3. Numer PESEL: .....
4. Adres zamieszkania: .....
5. Nr tel. rodziców: .....
6. Nazwa i adres poradni lekarza rodzinnego: .....  
.....

### Oświadczenie

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 04.11.2010r., wobec mojego dziecka w czasie trwania nauki w szkole.

.....  
Data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w grupowej profilaktyce przeciwpróchnicznej (6-krotne w ciągu roku szkolnego nadzorowane szczotkowanie uzębienia preparatem fluorkowym ELMEX).

.....  
Data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

## DANE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ UCZNI

1. Imię i nazwisko dziecka: .....
2. Data urodzenia: .....
3. Numer PESEL: .....
4. Adres zamieszkania: .....
5. Nr tel. rodziców: .....
6. Nazwa i adres poradni lekarza rodzinnego: .....  
.....

### Oświadczenie

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 04.11.2010r., wobec mojego dziecka w czasie trwania nauki w szkole.

.....  
Data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w grupowej profilaktyce przeciwpróchnicznej (6-krotne w ciągu roku szkolnego nadzorowane szczotkowanie uzębienia preparatem fluorkowym ELMEX).

.....  
Data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna