

Pieczętka

DANE UCZNIĄ DLA POTRZEB MEDYCZYNY SZKOLNEJ

(informacje tylko do użyciu służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną i ustawą o ochronie danych osobowych)

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Adres zamieszkania dziecka.....

3. PESEL dziecka (w każdą kratkę wpisać jedną cyfrę)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Dziecko należy do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia:

Oddział (wpisać).....

5. Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ podać imię i nazwisko).....

.....
przyjmującego w przychodni

OŚWIADCZENIE

- WYRAŻAM – NIE WYRAŻAM (nie potrzebne skreślić) zgodę na wykonanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.03.2007r. W sprawie zakresu i organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
- WYRAŻAM - NIE WYRAŻAM (nie potrzebne skreślić) zgodę na poinformowanie wychowawcy, pedagoga i nauczyciela w-f o stanie zdrowi mojego dziecka.
- WYRAŻAM - NIE WYRAŻAM (nie potrzebne skreślić) zgodę na fluoryzację zębów 6 x w roku szkolnym.
- WYRAŻAM - NIE WYRAŻAM (nie potrzebne skreślić) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
data

.....
podpis rodzica