

DANE UCZNIÓW DLA POTRZEB MEDYCyny SZKOLNEJ
(INFORMACJA TYLKO DO UŻYTKU SŁUŻBY ZDROWIA, OBJĘTE TAJEMNICĄ I USTAWĄ
O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH)

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. PESEL dziecka

OŚWIADCZENIE*

1. WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM ** zgodę na wykonywanie świadczeń pielęgniarki
w środowisku nauczania i wychowania zgodnie z Ustawą z dnia 12.04.2019 o opiece
zdrowotnej nad uczniami.
2. WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM ** zgodę na poinformowanie wychowawcy, pedagoga
i nauczyciela wychowania fizycznego o stanie zdrowia mojego dziecka.
3. WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM ** zgodę na podanie mojemu dziecku leków przeciwbólowych i
rozkurczowych.

Czy dziecko jest uczulone na jakieś leki?

Proszę o podanie nazwy i typu reakcji

.....
.....
.....

*zgoda wyrażana jest na czas nauki w szkole

**niepotrzebne skreślić

.....
data

.....
podpis rodzica