

**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