

.....
Imię i Nazwisko rodzica ucznia

.....
Adres do korespondencji

.....
Seria i nr dokumentu tożsamości

Oświadczenie w sprawie wyrażenia zgody na objęcie dziecka opieką zdrowotną

Oświadczam, co następuje :

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na objęcie mojej córki/mojego syna profilaktyczną opieką zdrowotną oraz okresową kontrolą czystości w szkole i w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Żelistrzewie sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Nazwisko i imię ucznia
klasa Szkoła
PESEL

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

data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nazwa i adres przychodni lekarza pierwszego kontaktu (POZ):

Telefony do rodziców/prawnych opiekunów

matka ojciec

Czy u dziecka występują choroby wymagające szczególnego nadzoru i opieki?

NIE/TAK (jakie).....

Czy dziecko uczulone jest na leki?

NIE/TAK (jakie)

Udzielone informacje o stanie zdrowia dziecka, dostarczone dokumenty medyczne, aktualne telefony pozwolą na sprawowanie nad Państwa dzieckiem prawidłowej opieki medycznej w szkole. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, uzyskane dane nie będą wykorzystywane do innych celów.

Oświadczenia rodzica składającego oświadczenie :

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu dla potrzeb związanych z zapewnieniem mojemu dziecku profilaktycznej opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis rodzica dziecka