

DANE UCZNIĄ DLA POTRZEB MEDYCYNĄ SZKOLNEJ

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia
3. Numer PESEL
4. Adres zamieszkania
-

Dobrowolnie WYRAŹAM ZGODĘ / NIE WYRAŹAM ZGODY na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej wobec mojego dziecka w roku szkolnym 2023/2024.

Dobrowolnie WYRAŹAM ZGODĘ / NIE WYRAŹAM ZGODY na udział mojego dziecka w programie profilaktycznym wspólnego szczotkowania zębów w roku szkolnym 2023/2024

.....
(miejsce, data, podpisy rodziców)

* właściwe podkreślić

DANE UCZNIĄ DLA POTRZEB MEDYCYNĄ SZKOLNEJ

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia
3. Numer PESEL
4. Adres zamieszkania
-

Dobrowolnie WYRAŹAM ZGODĘ / NIE WYRAŹAM ZGODY na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej wobec mojego dziecka w roku szkolnym 2023/2024.

Dobrowolnie WYRAŹAM ZGODĘ / NIE WYRAŹAM ZGODY na udział mojego dziecka w programie profilaktycznym wspólnego szczotkowania zębów w roku szkolnym 2023/2024

.....
(miejsce, data, podpisy rodziców)

* właściwe podkreślić