

## 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 2024/2025.

.....  
(miejsowość, 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 2024/2025.

.....  
(miejsowość, data, podpisy rodziców)

\* właściwe podkreślić