**DANE UCZNIA DLA POTRZEB MEDYCYNY SZKOLNEJ**

(INFORMACJE TYLKO DO UZYTKU SŁUŻBY ZDROWIA, OBJĘTE TAJEMNICĄ I USTAWĄ O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH)

1. Imię i nazwisko dziecka........................................................................
2. Adres zamieszkania................................................................................
3. Pesel dziecka..........................................................................................
4. Dziecko zadeklarowane jest do lekarza..................................................................................... przyjmującego w przychodni......................................................................................................

**Oświadczenie**

1. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na wykonanie świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 21.03.2007 r. w sprawie zakresu i organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
2. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na poinformowanie wychowawcy, pedagoga i nauczyciela w-f o stanie zdrowia mojego dziecka.
3. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na fluoryzację zębów 6 x w roku szkolnym.

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

                      *data                                                                                     podpis rodzica / opiekuna prawnego*