



ul. Szwedzka 27, 30-315 Kraków
REGON: 357182303-00026
061/200379 12-00972

pieczętka komórki organizacyjnej

INFORMACJA

Nazwisko i imię ucznia

Data urodzenia PESEL

Klasa Płeć K M

Adres zamieszkania

Opiekunowie prawni:

1.
imię, nazwisko, PESEL, adres, telefon

2.
imię, nazwisko, PESEL, adres, telefon

Adres przychodni

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko

	TAK	NIE
Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej? jakiej:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko jest uczulone na leki? jakie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? jakie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Dodatkowe informacje o dziecku:

czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

VERTE →

imię i nazwisko ucznia

OŚWIADCZENIE

1. **Wyrażam zgodę** na przeprowadzenie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej:

	TAK	NIE
wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w klasach I-VI (od 7 r. ż.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy (w razie potrzeby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wyrażam zgodę na podanie leku (w razie potrzeby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wyrażam zgodę na badanie przesiewowe i profilaktyczne przewidziane dla dzieci i młodzieży szkolnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wyrażam zgodę na przekazywanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem dziecka (ucznia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Upoważniam Panią/Pana**

PESEL/data urodzenia telefon

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

3. **Upoważniam Panią/Pana**

PESEL/data urodzenia telefon

do uzyskiwania dokumentacji medycznej ucznia.

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego