

**INFORMACJA DLA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ
OD RODZICÓW / OPIEKUNÓW UCZNIĄ W ROKU SZKOLNYM 20... / 20...**

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

PESEL

1. Czy dziecko jest na coś uczulone lub przewlekle choruje?

.....
.....

2. Czy wyrażają Państwo zgodę na podanie dziecku, w razie potrzeby, leków przeciwbólowych lub obniżających temperaturę?

TAK

NIE

3. Czy wyrażają Państwo zgodę na fluoryzację, przeprowadzaną 1x w miesiącu?

TAK

NIE

4. Czy wyrażają Państwo zgodę na okresową kontrolę czystości skóry głowy w celu zapobiegania wszawicy (kontrola indywidualna w gabinecie medycznym)?

TAK

NIE

5. Czy są przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające uczestnictwo dziecka w zajęciach WF?

TAK

NIE

Jeśli tak, to proszę dostarczyć do szkoły, do końca września, stosowną opinię lekarską.

6. Telefon kontaktowy (proszę podać do kogo):

.....

.....

.....

/data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego/