

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

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

PESEL

1. Czy dziecko jest na coś uczulone lub przewlekłe 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