

+telefon numeru forte

Informacja rodziców-opiekunów o dziecku:

(Informacje objęte są tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole)

Imię i nazwisko ucznia.....

klasa.....

PESEL ucznia..... Just 2 WY

Adres zamieszkania.....

Adres zameldowania.....

Adres przychodni.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko:.....

Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej: tak/ nie

Jeśli tak to jakiej?.....

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w kl.I-VI: tak /nie

Wyrażam zgodę na udzielanie I pomocy(w razie potrzeby): tak/nie

Wyrażam zgodę na podanie(w razie potrzeby) leku: tak /nie

Czy dziecko jest uczulone na leki: tak / nie

Jeśli tak to na jakiej?.....

Czy dziecko przyjmuje na stałe jakieś leki?: tak /nie

Jeśli tak to jakiej?.....

Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne(przewidziane dla dzieci i młodzieży szkolnej) tak/nie

Wyrażam zgodę na przegląd czystości głowy(w razie potrzeby) tak/nie

Dodatkowe,ważne informacje o dziecku.....

Data..... Podpis.....

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mego dziecka w związku ze świadczeniem profilaktycznej opieki

zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu

Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016

r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z

przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

(ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”

listy o charakterze med. lekarskim
E lub z karte do 15.09.20

+telefon numeru forte

Informacja rodziców-opiekunów o dziecku:

(Informacje objęte są tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole)

Imię i nazwisko ucznia.....

klasa.....

PESEL ucznia..... Just 2 WY

Adres zamieszkania.....

Adres zameldowania.....

Adres przychodni.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko:.....

Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej: tak/ nie

Jeśli tak to jakiej?.....

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów w kl.I-VI: tak /nie

Wyrażam zgodę na udzielanie I pomocy(w razie potrzeby): tak/nie

Wyrażam zgodę na podanie(w razie potrzeby) leku: tak /nie

Czy dziecko jest uczulone na leki: tak / nie

Jeśli tak to na jakiej?.....

Czy dziecko przyjmuje na stałe jakieś leki?: tak /nie

Jeśli tak to jakiej?.....

Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne(przewidziane dla dzieci i młodzieży szkolnej) tak/nie

Wyrażam zgodę na przegląd czystości głowy(w razie potrzeby) tak/nie

Dodatkowe,ważne informacje o dziecku.....

Data..... Podpis.....

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mego dziecka w związku ze świadczeniem profilaktycznej opieki

zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu

Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016

r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z

przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

(ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”

listy o charakterze med. lekarskim
E lub z karte do 15.09.20