
Szkoła Podstawowa Nr 2 im. Jana Pawła II w Węgrowie

ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ PIELĘGNIARSKĄ W SZKOLE

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na opiekę pielęgniarską w szkole nad moim dzieckiem

.....
(imię i nazwisko dziecka)

obejmującą między innymi sprawdzanie higieny osobistej (w razie potrzeby czystości głowy), na badania pielęgniarskie, udzielanie pierwszej pomocy, w razie konieczności podanie leków, na udział w programach profilaktyki zdrowotnej.

Węgrów, dnia
.....
czytelny podpis matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka

* niewłaściwe skreślić

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYCZNYM FLUORYZACJI ZĘBÓW

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na udział mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

we fluoryzacji zębów preparatem z fluorem i zobowiązuję się do zapewnienia dziecku szczoteczki do zębów. Fluoryzacja będzie odbywać się sześć razy w ciągu roku szkolnego, od pierwszej do szóstej klasy szkoły podstawowej.

Zgoda obowiązuje w wyżej wymienionym okresie lub do zmiany decyzji rodzica/prawnego opiekuna.

Uwagi.....

Węgrów, dnia
.....
czytelny podpis matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka

* niewłaściwe skreślić

Dodatkowe informacje niezbędne do pracy gabinetu medycyny szkolnej.

Imię i nazwisko dziecka

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego

Adres przychodni

Uwagi.....

Węgrów, dnia
.....
czytelny podpis matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka