

Imię i nazwisko ucznia.

.....
Pesel data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel. kontaktowy (do rodzica lub prawnego opiekuna)

.....
Oświadczenie:

**Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka
przez pielęgniarkę szkolną, profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami zgodnie
z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie
świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016
r. poz. 86) przez okres uczęszczania mojego dziecka do szkoły
.....(tu pełna nazwa szkoły).... ..**

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna

prawnego.....

**Uwaga! rodzic lub prawny opiekun ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych
świadczeń lub cofnięcia zgody na całość świadczeń. Lista świadczeń refundowanych jest
wywieszona przy gabinecie pielęgniarki szkolnej.**