

1. Imię i nazwisko dziecka: data urodzenia
2. Pesel dziecka (czytelnie): _ _ _ _ _
3. Adres zamieszkania dziecka:
4. Telefon kontaktowy rodziców/opiekunów prawnych
5. Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ (imię i nazwisko lekarza)
przyjmującego w przychodni:
6. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności: TAK/ NIE

WYRAŻAM – NIE WYRAŻAM zgodę na fluoryzację zębów preparatem z fluorem i zobowiązuję się do zapewnienia dziecku szczoteczki do zębów.
Fluoryzacja odbywa się sześć razy w ciągu roku szkolnego, od pierwszej do szóstej klasy szkoły podstawowej.

WYRAŻAM – NIE WYRAŻAM zgody na poinformowanie wychowawcy, pedagoga i nauczyciela w-f o stanie zdrowia mojego dziecka

WYRAŻAM – NIE WYRAŻAM zgodę na wykonywanie świadczeń pielęgniatki szkolnej z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 28.08.2009 w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Powyższe zgody obowiązują na czas edukacji szkolnej lub do zmiany decyzji rodzica / prawnego opiekuna.

.....
data, podpis rodziców/ opiekunów prawnych

OŚWIADCZENIE

Administratorem Danych Osobowych podopiecznych jest Zakład Medycyny Szkolnej w Sturgardzie. Pielęgniarkę/ pielęgnistka szkolna udziela świadczeń zgodnie z art. 27 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.). Dane uczniów nie będą przetwarzane dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres realizacji edukacji szkolnej.
Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych, dostępna jest w gabinetach szkolnych.