

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie niżej zamieszczonego druku. Informacje te są niezbędne do założenia karty zdrowia ucznia lub jej zaktualizowania oraz do zgłoszenia państwa dziecka w Narodowym Funduszu Zdrowia jako osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym. Z tego tytułu uczeń/uczennica będzie mógł/mogła korzystać z opieki pielęgniarskiej na terenie szkoły. Zobowiązuję się, że zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych uzyskane dane nie będą wykorzystywane do innych celów.

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy

Data urodzenia Nr PESEL

Kod pocztowy Miasto/wieś

Ulica

Nazwa i adres placówki zdrowotnej, której uczeń/uczennica podlega

Czy uczeń/uczennica jest pod opieką poradni specjalistycznej
Jakiej

Czy uczeń/uczennica używa leków? Jakich

Czy uczeń/uczennica posiada opinię o stopniu niepełnosprawności?

Czy wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków w przypadku dolegliwości bólowych u dziecka?

Czy wyrażają państwo zgodę na przegląd włosów dziecka w przypadku wszawicy?

Czy wyrażają Państwo zgodę na prowadzenie u dziecka grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi

Czy mają Państwo uwagi dotyczące szczególnej opieki nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole?

Kogo zawiadomić w przypadku choroby dziecka, wypadku?

Proszę podać stopień pokrewieństwa osoby pełnoletniej oraz telefon kontaktowy

Rodzice mają prawo do wyrażenia sprzeciwu w zakresie opieki zdrowotnej, złożonego w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego opiekę.

Bardzo proszę o dostarczenie Karty do gabinetu medycznego (pielęgniarki szkolnej) znajdującego się na terenie szkoły oraz informowanie o wszelkich zmianach dotyczących zdrowia dziecka.

.....
Czytelny podpis Rodziców/Opiekunów dziecka