

**Zgoda na objęcie ucznia opieką zdrowotną w Szkole Podstawowej nr 6 w Koninie**

Nazwisko i imię/imiona dziecka .....

klasa ..... PESEL .....

data urodzenia .....

Adres zamieszkania

.....

Nazwa i adres przychodni lekarza pierwszego kontaktu:

.....

.....

Telefony do rodziców

.....

Nie wyrażam zgody / wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka opieką zdrowotną w szkole oraz okresową kontrolą czystości.

Czy u dziecka występują choroby wymagające szczególnego nadzoru i opieki?

NIE TAK (jakie).....

Czy dziecko uczulone jest na leki?

NIE TAK (jakie) .....

Udzielone informacje o stanie zdrowia dziecka, dostarczone dokumenty medyczne, aktualne telefony pozwolą na sprawowanie nad Państwa dzieckiem prawidłowej opieki medycznej w szkole. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, uzyskane dane nie będą wykorzystywane do innych celów.

.....

data i podpis rodzica dziecka