

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko dziecka

adres.....

data urodzenia.....

PESEL.....

Nr Kasy Chorych.....

Podstawową Opiekę Zdrowotną sprawuje
nazwa placówki i adres

.....
.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- 1) objęcie opieką zdrowotną mojego dziecka przez pielęgniarkę szkolną zatrudnioną w SPZOZ JABŁONNA,
- 2) na doraźne podanie leku przeciwbólowego – podać najczęściej stosowany,
- 3) na przeprowadzanie kontroli czystości.

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia dziecka:

.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna