

.....
imię i nazwisko ucznia

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

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn.24.09.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016r. Poz. 86)*

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na objęcie mojej córki / syna
profilaktyczną opieką zdrowotną, sprawowaną przez lekarza i pielęgniarkę szkolną, podczas nauki w XIV Liceum Ogólnokształcącym im. Stanisława Staszica.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo połączną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017, poz. 497).*

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na podanie mojemu dziecku
w razie konieczności leku: przeciwbólowego, przeciwzapalnego, przeciwgorączkowego lub rozkurczowego w gabinecie lekarskim szkoły.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego