

DANE DO KARTY ZDROWIA UCZNIĄ

KLASA/ rok szkolny.....

Nazwisko i imię ucznia <i>(drukowanymi literami)</i>		
Data urodzenia	
PESEL	
Telefony do rodziców/ opiekunów	Mama:	
	Tata:	
Wywiad zdrowotny: - wady i choroby wrodzone: - przebyte choroby: - przebyte urazy: - przebyte operacje: - alergie: - zażywane na stałe leki:	<i>(podanie danych jest dobrowolne) :</i> wyrażam zgodę* nie wyrażam zgody*	
Potwierdzenie zgody na badanie pielęgniarские oraz udzielenie pierwszej pomocy	TAK*	NIE*
Potwierdzenie zgody na podanie leków w razie potrzeby	TAK*	NIE*
Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej, jeżeli tak, to jakiej		
Potwierdzenie zgody <i>(w razie potrzeby)</i> na sprawdzenie higieny osobistej i czystości głowy	TAK*	NIE*
Potwierdzenie zgody na fluoryzację (dot. klas I-VI)	TAK*	NIE*
Potwierdzenie zgody na uczestnictwo ucznia w programach profilaktyki zdrowotnej	TAK*	NIE*

*Właściwie zakreślić kółkiem

.....;

(podpisy Rodziców/Opiekunów)

Po wypełnieniu (do dnia **30.10.2018**) proszę o przekazanie do gabinetu medycznego w szkole.

Proszę o dostarczenie do gabinetu medycznego posiadanych wniosków bilansowych ucznia.

Dane niniejsze mają charakter poufny i będą wykorzystane WYŁĄCZNIE do celów szkolnej służby zdrowia.

Dziękuję - Pielęgniarka Szkolna