

DANE DO KARTY ZDROWIA UCZNI

KLASA/ rok szkolny.....

Nazwisko i imię ucznia (drukowanymi literami)	
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:	(podanie danych jest dobrowolne): wyrażam zgodę* nie wyrażam zgody*
Potwierdzenie zgody na badanie pielęgniarskie 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?	TAK* NIE*
Potwierdzenie zgody (w razie potrzeby) 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, 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