…………………………………………… Załącznik Nr 3.

*Imię i Nazwisko rodzica kandydata*

……………………………………………

*Adres do korespondencji*

……………………………………………

**Oświadczenie**

**w sprawie wyrażenia zgody na objęcie dziecka opieką zdrowotną**

**Oświadczam, co następuje :**

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody */właściwe podkreślić/* na objęcie mojego dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną oraz okresową kontrolą czystości w szkole sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną w szkole podstawowej.

2. Nazwisko i imię dziecka .........................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

data i miejsce urodzenia ..............................................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................................................................

Nazwa i adres przychodni lekarza pierwszego kontaktu (POZ): .......................................................................................................................................................

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

Telefony do rodziców/prawnych opiekunów

matka ............................................... ojciec .......................................................

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 i w razie potrzeby poza nią.

*………………………………………………………………. ...………………………………………………………………*

*miejscowość, data czytelny podpis rodzica kandydata*