

.....
(oznaczenie podmiotu)

.....
(data)

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody na profilaktyczną opiekę zdrowotną udzielaną w środowisku nauczania i wychowania

dotyczące
(imię i nazwisko dziecka)

Data urodzenia dziecka PESEL.....

Adres zamieszkania dziecka

Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ (wpisać imię i nazwisko)

..... przyjmującego w przychodni.....

Dziecko posiada/nie posiada* orzeczenie o niepełnosprawności.

Ja, telefon kontaktowy
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

nie upoważniam nikogo/upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu profilaktycznych świadczeniach zdrowotnych:

1.

2.
(imię i nazwisko, adres, telefon lub inne dane umożliwiającej kontakt)

nie upoważniam / upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mojego dziecka:

1.

2.
(imię i nazwisko, adres, telefon lub inne dane umożliwiającej kontakt)

Jednocześnie **nie wyrażam/ wyrażam zgodę** dla poniżej wskazanych osób na ujawnienie tajemnicy związanej ze zdrowiem mojego dziecka

- Wychowawca klasy
- Pedagog szkolny
- Nauczyciel W-F

*niepotrzebne skreślić
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)