

.....
Nazwisko imię dziecka

.....
Data

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na wykonywanie świadczeń pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania. Zał. Nr. 4 (Dz. U. z 2016 r. poz. 86) przez cały okres uczęszczania mojego dziecka do szkoły.

Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowywania dostępny do wglądu w gabinecie medycznym w dniach i godzinach pracy w danej szkole lub na tablicy informacyjnej .

2. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na kontaktowanie się pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej w celu zapewnienia opieki podczas pobytu w szkole w sytuacjach zdrowotnych tego wymagających: z lekarzem POZ, lekarzem specjalistą, wychowawcą, pedagogiem, psychologiem i nauczycielem w-f.

OŚWIADCZENIE

1. Do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych mojego dziecka

Upoważniam / nie upoważniam

Imię nazwisko, stopień pokrewieństwa

2. Do uzyskania dokumentacji medycznej mojego dziecka

Upoważniam/ nie upoważniam.....

Imię nazwisko, stopień pokrewieństwa

Uwaga! Rodzic , opiekun prawny oraz uczeń pełnoletni ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub cofnięcia zgody na całość świadczeń gwarantowanych. Wyrażenie sprzeciwu należy złożyć wyłącznie w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego opiekę.

.....
Data

.....
Podpis rodzica opiekuna