

pieczętka gabinetu medycyny szkolnej

ZGODA

Rodzica /pełnoletniego ucznia*

Wyrażam zgodę na objęcie opieką ucznia przewlekle chorego/ niepełnosprawnego *
przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
data urodzenia

.....
pesel

.....
tel. kontaktowy (do rodzica lub opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

Jaworzno,.....

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

* właściwe podkreślić

podstawa prawna:

Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.