ZESPÓŁ LECZNICTWA OTWARTEGO

Załącznik nr 2

pieczątka 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.