

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

*Dotyczące: danych ucznia na potrzeby Medycyny Szkolnej objętych tajemnicą medyczną i
ustawą o ochronie danych osobowych*

Imię i nazwisko ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL ucznia:

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

Adres zamieszkania ucznia:

Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ:

(wpisać imię i nazwisko lekarza)

Przyjmującego w przychodni:

Ja, telefon kontaktowy

Upoważniam / nie upoważniam* poniżej wskazane osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, a także do odbierania dokumentacji medycznej mojego dziecka:

..... (imię i nazwisko) (adres) (telefon)

- Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności: **TAK /NIE**

Wyrażam / nie wyrażam* zgody dla poniżej wskazanych osób na ujawnienie tajemnicy związanej ze zdrowiem mojego dziecka: wychowawcę klasy, pedagoga szkolnego, nauczyciela W-F

- **Wyrażam / nie wyrażam zgody** na wykonanie świadczeń pielęgniatki szkolnej zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn.24.09.2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ (Dz.U. z 2013r. po 248 z późm.zm.)

- **Wyrażam / nie wyrażam zgody** na sprawdzanie czystości przez pielęgniarkę .

- **Wyrażam /nie wyrażam zgody** na przeprowadzenia fluoryzacji zębów **(tylko klasy I-VI szkoły podstawowej).**

- **Wyrażam /nie wyrażam zgody** na odbiór karty zdrowia ucznia przez moje dziecko (zmiłana szkoły)

- *niepotrzebnie skreślić*

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)