

.....  
(Oznaczenie podmiotu)

.....  
(data)

## OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

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

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania dziecka: .....

Dziecko zadeklarowane jest do lekarza POZ: .....

(wpisać imię i nazwisko lekarza)

przyjmującego w przychodni: .....

Ja, ..... telefon kontaktowy .....

Nie upoważniam nikogo / upoważniam\* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, a także do odbierania dokumentacji medycznej mojego dziecka:

3. ....  
(Imię i nazwisko) ..... (adres) ..... (telefon)

4. ....  
(Imię i nazwisko) ..... (adres) ..... (telefon)

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

- Wychowawca klasy;
- Pedagog szkolny;
- Nauczyciel W-F

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie świadczeń zdrowotnych oraz sprawdzanie czystości przez pielęgniarkę udzielanych w środowisku nauczania i wychowania zatrudnionej przez podmiot leczniczy: Medycyna Szkolna „IWOMED” Iwona PARYLAK.

\* niepotrzebnie skreślić

.....  
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)