

## 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 pielęgniarki 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 (zmiana szkoły)
- *niepotrzebnie skreślić*

.....  
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)