ZGODA DLA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

W PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ

IM. J. KORCZAKA W POLSKIEJ NOWEJ WSI

Imię i nazwisko ucznia ………………………… klasa ………………………

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka następujących czynności profilaktyczno – zdrowotnych:**

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na sprawdzenie czystości głowy u mojego dziecka

2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie testów przesiewowych

(badanie wzroku , słuchu , ciśnienia tętniczego, wagi , wzrostu oraz postawy ciała)

3. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na fluoryzację zębów mojego dziecka

4. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na udzielenie pierwszej pomocy w razie konieczności.

\*niepotrzebne skreślić

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