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)