

**Szkoła Podstawowa Nr 2 im. Jana Pawła II w Węgrowie**

---

**ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ PIELĘGNIARSKĄ W SZKOLE**

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na opiekę pielęgniarską w szkole nad moim dzieckiem

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

obejmującą między innymi sprawdzanie higieny osobistej (w razie potrzeby czystości głowy), na badania pielęgniarskie, udzielanie pierwszej pomocy, w razie konieczności podanie leków, na udział w programach profilaktyki zdrowotnej.

Węgrów, dnia .....  
.....  
czytelny podpis matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka

\* niewłaściwe skreślić

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYCZNYM FLUORYZACJI ZĘBÓW**

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na udział mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

we fluoryzacji zębów preparatem z fluorem i zobowiązuję się do zapewnienia dziecku szczoteczki do zębów. Fluoryzacja będzie odbywać się sześć razy w ciągu roku szkolnego, od pierwszej do szóstej klasy szkoły podstawowej.

Zgoda obowiązuje w wyżej wymienionym okresie lub do zmiany decyzji rodzica/prawnego opiekuna.

Uwagi.....

Węgrów, dnia .....  
.....  
czytelny podpis matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka

\* niewłaściwe skreślić

**Dodatkowe informacje niezbędne do pracy gabinetu medycyny szkolnej.**

Imię i nazwisko dziecka .....

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego .....

Adres przychodni .....

Uwagi.....

Węgrów, dnia .....  
.....  
czytelny podpis matki/ojca/prawnego opiekuna dziecka