



Zgoda na realizację świadczeń pielęgniarstwa szkolnej

NAZWISKO	
IMIĘ	
DATA URODZENIA	
KLASA	

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wezwanie karetki pogotowia, przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pierwszej pomocy w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka.
2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na podanie leku przeciwbólowego (jakiego?).....w nagłej sytuacji.
3. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonywanie bilansów zdrowia oraz testów przesiewowych zgodnie z wiekiem dziecka.

*niepotrzebne skreślić

.....
data i czytelny podpis rodzica



Zgoda na realizację świadczeń pielęgniarstwa szkolnej

NAZWISKO	
IMIĘ	
DATA URODZENIA	
KLASA	

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wezwanie karetki pogotowia, przewiezienie dziecka do szpitala i udzielenie pierwszej pomocy w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka.
2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na podanie leku przeciwbólowego (jakiego?).....w nagłej sytuacji.
3. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonywanie bilansów zdrowia oraz testów przesiewowych zgodnie z wiekiem dziecka.

*niepotrzebne skreślić

.....
data i czytelny podpis rodzica