



Publiczna
Szkoła
Podstawowa
im. K. K. Baczyńskiego w Zgłobicach

ZGODA DLA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

.....
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** **Przeprowadzenie testów przesiewowych** (do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym);
3. *Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na **fluoryzację zębów mojego dziecka**
4. *Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** **Udzielenie pierwszej pomocy w razie konieczności.**

*niepotrzebne skreślić

Zgłobice, dn.

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