**DEKLARACJA**

.................................................................................................................................

Imię i nazwisko ucznia. ................................................................................................................................

Pesel data urodzenia ..............................................................................................................................

Adres zamieszkania (kod miejscowości ) ..............................................................................................................................

Tel. kontaktowy (do rodzica lub prawnego opiekuna) ..............................................................................................................................

Adres internetowy do ewentualnej korespondencji z pielęgniarką szkolną (do przekazywania informacji o planowanych badaniach i innych świadczeniach profilaktycznych)

 Oświadczenie: Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka ............................................................................................................... przez pielęgniarkę szkolną, profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86) przez okres uczęszczania mojego dziecka do szkoły

 .................................................................................................................................

( pełna nazwa szkoły)

....………………... …………………………………………………………………………….. data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego