

OŚWIADCZENIE DLA POTRZEB MEDYCYNY SZKOLNEJ

Oświadczam iż dziecko.....

Imię i nazwisko

Nr PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Data i miejsce urodzenia.....

Lekarz rodzinny.....

Imię i nazwisko

Nazwa i adres przychodni.....

.....

Przebyte choroby, urazy i operacje.....

.....

Czy dziecko ma alergię (uczulenie).....

na co:.....

Czy używa: okulary, aparat słuchowy, itp.....

Czy przyjmuje leki, jakie?.....

Czy leczy się w Poradni Specjalistycznej, jakiej?.....

.....

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności ? TAK NIE

*1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że dane osobowe zbierane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki.*

.....

Data:

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego