**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