

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Na podstawie art. 4 ustawy z dnia 12.04.2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019.178) dyrektor szkoły ma obowiązek zapewnić opiekę medyczną nad uczniami .

Świadczenia profilaktycznej opieki medycznej będzie realizować Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka – Targówek.

Niedostarczenie wypełnionego niniejszego oświadczenia pielęgniarce szkolnej, będzie traktowane jako rezygnacja ze świadczeń realizowanych w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, z późn. zm.), informujemy, że administratorem danych osobowych zawartych w oświadczeniu jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka - Targówek z siedzibą w Warszawie ul. Tykocińska 34, 03- 545 Warszawa.

Wypełnione oświadczenie należy dostarczyć do gabinetu pielęgniarstwa w zamkniętej kopercie z napisem „Gabinet pielęgniarstwa”.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKAKLASA:.....

DATA URODZENIAPESEL

ADRES ZAMIESZKANIA KOD POCZTOWY.....

TELEFON KONTAKTOWY DO RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

PRZEBYTE CHOROBY:.....

POBYTY W SZPITALU (POWÓD).....

NAZWA I ADRES PRZYCHODNI LEKARZA RODZINNEGO

CZY DZIECKO MA ALERGIĘ? UCZULENIE? NA CO?

CZY DZIECKO PRZYJMUJE LEKI? JAKIE?

CZY DZIECKO UŻYWA: OKULARY, APARAT SŁUCHOWY?

CZY DZIECKO LECZY SIĘ W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ?

JAKIEJ?.....

CZY DZIECKO POSIADA ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI wydane przez MIEJSKI ZESPÓŁ
ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwą odpowiedź)? **TAK** **NIE**

JEŚLI TAK, TO PROSZĘ O DOSTARCZENIE KOPII ORZECZENIA DO PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

INNE WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDROWIA DZIECKA:.....

.....

.....

1. Oświadczam, że: wyrażam / nie wyrażam zgody* pielęgniarce szkolnej na kontrole czystości głowy mojego dziecka.
2. Oświadczam, że: wyrażam / nie wyrażam zgody* na doraźne podanie leków p/bólowych, p/gorączkowych: Paracetamol, No-Spa, Neospasmina, Altacet przez pielęgniarkę szkolną (jeżeli nie wyrażacie Państwo zgody na podanie któregoś z wymienionych leków lub substancji czynnej, proszę wykreślić tylko te pozycje).
3. Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam zgody* na uczestnictwo mojego dziecka w nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatem fluorowym w trakcie trwania nauki w szkole (kl. I – VI).
4. Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i jednocześnie zobowiązuje się do ich aktualizacji w razie takiej potrzeby.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić