**Wyłącznie dla potrzeb pielęgniarki szkolnej (informacje objęte tajemnicą zawodową).**

**DANE OSOBOWE**

Nazwisko i imię ucznia: …………………………………………………………………….

Data urodzenia: …………………………………………………………………….……….

Adres stałego zameldowania: …………………………………………….…………………

Adres obecnego zameldowania: …………………………………………………………….

Telefon kontaktowy: ..………………………………………………………………………

Numer PESEL: ………….…………………………………………………………..………..

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZNIA**

Czy uczeń ma: ……………………………………………………………………………........

Alergię (na co?): ……………………………………………………………………..…..…….

Wadę wzroku (jaką?): ………………………………………………………………………....

Wadę postawy (jaką?): ………………………………………………………………….…. …

Jeżeli „tak” – czy uczęszcza na gimnastykę korekcyjną: …..…………………………………

Schorzenia wymagające stałej opieki lekarskiej (jakie?)……..…………………………….....

…………………………………………………………………………………………………..

Inne uwagi rodziców dotyczące stanu zdrowia ucznia np. uczulenia na leki, zwolnienie
z zajęć wych. – fiz.: ……………………………………………………………………………

**OPIEKA LEKARSKA**

Lekarz pierwszego kontaktu (imię i nazwisko): ……………………………………….……….

Nazwa i adres przychodni: ……………………………………………………………………...

1. Wyrażam zgodę na objęcie dziecka opieką (w tym również opieką zdrowotną) przez pielęgniarkę szkolną.

TAK NIE

 W trosce o zdrowie jamy ustnej dzieci w szkole prowadzone będą zabiegi, których celem jest przeciwdziałanie próchnicy zębów. Państwa dziecko, w ramach programu profilaktycznego, 6-krotnie w ciągu roku – w odstępach 6 tyg. – objęte będzie nadzorowanym szczotkowaniem uzębienia środkami fluorkowymi. Przy tej okazji dziecko będzie miało możliwość nauczenia się prawidłowego sposobu szczotkowania i wyrobienia właściwych nawyków higienicznych. Spodziewamy się, że ta prosta, skuteczna i powszechna metoda zmniejszy zapadalność na chorobę próchnicową zębów.

 Ze swojej strony zapewniamy rzetelną i fachową opiekę oraz nieodpłatne dostarczenie preparatów fluorkowych.

 Uprzejmie prosimy o dopilnowanie, aby w wyznaczone dni dzieci przyszły do szkoły z własną szczoteczką do zębów, najlepiej nową, zakupioną specjalnie do tego celu, podpisaną imieniem i nazwiskiem dziecka i odpowiednio opakowaną (pudełko, torebka foliowa).

Informację o kolejnych terminach zabiegów przekaże Państwu wychowawca klasy.

 Spodziewamy się, że nasze starania o zdrowie jamy ustnej uczniów zostaną przez Państwa poparte wyrażeniem poniżej zgody na uczestniczenie dziecka w programie profilaktycznym.

1. Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatem fluorkowym.

TAK NIE

**Proszę o dostarczenie bilansu sześciolatka**

**…………………………………… ……………………………………………**

 *data czytelny podpis rodzica kandydata*