

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 UCZNIĄ

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.

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

TAK

NIE

Proszę o dostarczenie bilansu sześciolatka

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica kandydata