

**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