

DEKLARACJA :

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
PESEL, data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel. Kontaktowy (do rodzica lub prawnego opiekuna)

Oświadczanie : Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka

..... przez pielęgniarkę szkolną, profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86) przez okres uczęszczania mojego dziecka do szkoły : w Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Dwujęzycznymi im. J. Długosza w Nowym Sączu ul. Długosza 5, 33-300 Nowy Sącz.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Uwaga! Rodzic lub prawny opiekun ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub cofnięcia zgody na całość świadczeń. Lista świadczeń refundowanych jest wywieszona w gabinecie pielęgniarki szkolnej.