Węgrów, ………………

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROFILAKTYCZNYM PROGRAMIE   
FLUORYZACJI ZĘBÓW**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na udział mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………  
(imię i nazwisko dziecka)

we fluoryzacji zębów płynem z fluoremi zobowiązuję się do zapewnienia dziecku szczoteczki   
do zębów.  
Fluoryzacja będzie odbywać się sześć razy w ciągu roku szkolnego, od pierwszej do szóstej klasy szkoły podstawowej.   
Zgoda obowiązuje w wyżej wymienionym okresie lub do zmiany decyzji rodzica / prawnego opiekuna.  
Uwagi………………………………………………………………………………………………

……………………………………… Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna

\*niepotrzebne skreślić

Węgrów, ………………

**ZGODA NA OPIEKĘ PIELĘGNIARSKĄ**w okresie nauki w Szkole Podstawowej Nr 1 w Węgrowie

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na opiekę pielęgniarską w szkole, w tym na sprawdzanie higieny osobistej (w razie potrzeby czystości głowy), na badania pielęgniarskie, udzielanie pierwszej pomocy, w razie konieczności podanie leków, na udział w programach profilaktyki zdrowotnej.   
Zgoda obowiązuje w wyżej wymienionym okresie lub do zmiany decyzji rodzica / prawnego opiekuna.

………………..……………………………………………………………………………………  
(imię i nazwisko dziecka)

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego oraz adres przychodni …………..…………………………...

……………………………………………………….…………………..………………………….  
  
Uwagi……………………………………………………………………….…….…………………

………………….…………………… Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna

\*niepotrzebne skreślić