

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 fluorem i zobowiązuję się do zapewnienia dziecku odpowiedniej ilości szczoteczek do zębów.

Fluoryzacja będzie odbywać się według zaleceń producenta preparatu, 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 PIEŁĘGNIARSKĄ 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