

.....
Pieczętka szkoły

.....
(imię i nazwisko ucznia, data urodzenia, klasa)

W ciągu ośmiu lat nauki dziecka w szkole będą wykonywane przez pielęgniarkę szkolną niżej wymienione badania i działania profilaktyczne. Uprzejmie proszę o wyrażenie woli, wpisując TAK lub NIE, także podpis Rodzica (Opiekuna).

W przypadku zmiany decyzji Rodzica (Opiekuna) proszę o kontakt telefoniczny z pielęgniarką szkolną Małgorzatą Zakrzewską (Ośrodek Zdrowia w Sobiekursku, tel. 22 780 60 91).

badanie ostrości wzroku	kl. III, V, VII	TAK/NIE
zaburzenia widzenia barw	kl. III	TAK/NIE
badanie narządu ruchu	kl. III, V, VII	TAK/NIE
pomiar ciśnienia tętna	kl. III, VII	TAK/NIE
badanie słuchu	kl. VII	TAK/NIE
fluoryzacja zębów (6 razy w roku szkolnym)	kl. I-VIII	TAK/NIE
kontrola czystości włosów (w razie konieczności)	kl. I-VIII	TAK/NIE

.....
Data, podpis rodzica /opiekuna