**DEKLARACJA**

**……………………………………………………………………………………**

***IMIĘ I NAZWISKO UCZNIA***

**……………………………………………………………………………………**

***PESEL, DATA URODZENIA***

**……………………………………………………………………………………**

***ADRES ZAMIESZKANIA***

**……………………………………………………………………………………**

***NUMER TELEFONU DO RODZICA/ PRAWNEGO OPIEKUNA***

Oświadczenie:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka:

 **……………………………………………………………………………………**

***IMIĘ I NAZWISKO 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: I Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Jana Długosza 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