

INFORMACJA DLA PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA :

KLASA:

DATA I MIEJSCE URODZENIA:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

FLUORYZACJĘ ZĘBÓW U DZIECKA:

PRZEGLĄD CZYSTOŚCI:

Zgoda obowiązuje na czas nauki w szkole

CHOROBY DZIECKA:

.....

.....

Po rozpoczęciu roku szkolnego proszę o dostarczenie bilansu 6 – latka