

# INFORMACJA DLA PIEŁĘGNIARKI 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