

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

na bezpłatne badania stomatologiczne jamy ustnej w trakcie trwania nauki przedszkolnej
mojego dziecka z grupy

.....

.....

PESEL

w ramach porozumienia dot. opieki stomatologicznej nad dziećmi zawartego z Gminą.

Po wykonanym badaniu otrzymają Państwo diagram z informacją o stanie uzębienia Państwa Dziecka. W ramach porozumienia dzieci mogą być leczone we wskazanych placówkach bezpłatnie, przez cały rok szkolny i w okresie wakacyjnym.

* Badania przeprowadzane będą dwukrotnie w roku szkolnym po wcześniejszym umówieniu terminu ze Szkołą, przy użyciu jednorazowych narzędzi, przez lekarza dentystę.

* Wyrażenie zgody skutkuje także zgodą na udostępnienie danych Dziecka - imię, nazwisko i PESEL - wyłącznie w celu prowadzenia dokumentacji medycznej.

podpis Rodzica / Opiekuna

.....

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

na bezpłatne badania stomatologiczne jamy ustnej w trakcie trwania nauki przedszkolnej
mojego dziecka z grupy

.....

.....

PESEL

w ramach porozumienia dot. opieki stomatologicznej nad dziećmi zawartego z Gminą.

Po wykonanym badaniu otrzymają Państwo diagram z informacją o stanie uzębienia Państwa Dziecka. W ramach porozumienia dzieci mogą być leczone we wskazanych placówkach bezpłatnie, przez cały rok szkolny i w okresie wakacyjnym.

* Badania przeprowadzane będą dwukrotnie w roku szkolnym po wcześniejszym umówieniu terminu ze Szkołą, przy użyciu jednorazowych narzędzi, przez lekarza dentystę.

* Wyrażenie zgody skutkuje także zgodą na udostępnienie danych Dziecka - imię, nazwisko i PESEL - wyłącznie w celu prowadzenia dokumentacji medycznej.

podpis Rodzica / Opiekuna

.....