

ZGODA NA PROFILAKTYKĘ ZDROWOTNĄ PIELEGNIARKI SZKOLNEJ  
W PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ  
IM. J. KORCZAKA W POLSKIEJ NOWEJ WSI

Imię i nazwisko ucznia ..... klasa .....

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka następujących czynności  
profilaktyczno – zdrowotnych:**

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na sprawdzenie czystości głowy u mojego dziecka
2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie testów przesiewowych  
(badanie wzroku , słuchu , ciśnienia tętniczego, wagi , wzrostu oraz postawy ciała)
3. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na fluoryzację zębów mojego dziecka
4. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na udzielenie pierwszej pomocy w razie konieczności.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)