

## Karta informacyjna o uczniu / wychowanku

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Przebyte choroby, urazy: .....

.....

.....

Czy dziecko jest leczone w Poradni Specjalistycznej ? / jakiej ? / .....

.....

Czy zażywa leki ? ..... jakie ? .....

.....

**CZY DZIECKO JEST UCZULONE NA LEKI ? ( p. bólowe, inne)**

**1. TAK**

**2. NIE**

**JAKIE ?** .....

**Czy wyrażają Państwo zgodę na podawanie leku w razie potrzeby ?**

**1. TAK**

**2. NIE**

**Czy wyrażają Państwo zgodę na przetwarzanie informacji o stanie zdrowia dziecka w razie potrzeby: wychowawcy, pedagogowi, nauczycielowi W – F ?**

**1. TAK**

**2. NIE**

**Czy wyrażają Państwo zgodę na przeglądy czystości ?**

**1. TAK**

**2. NIE**

.....