

Karta informacyjna dla pielęgniarki

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

Telefon rodzica/ opiekuna

Przebyte choroby, urazy

.....

.....

Czy zażywa leki?

1. TAK – jakie?

2. NIE

Dziecko jest uczulone na leki (przeciwbólowe, inne)

1. TAK – jakie?

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na podanie leku w razie potrzeby?

1. TAK

2. NIE

Czy wyrażają Państwo zgodę na przekazanie 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

.....

(podpis rodzica/opiekuna)