Mundurowe Liceum Ogólnokształcące Zakładu Doskonalenia Zawodowego

REZYGNACJA ZE ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIARSKICH W SZKOLE

DANE OSOBOWE UCZNIA	
Nazwisko i imię ucznia	
Klasa	
DANE OSOBOWE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO	
Nazwisko i imię rodzica / opiekuna prawnego	
Adres zamieszkania	

Nie wyrażam zgody na objęcie mojego dziecka świadczeniami pielęgniarskimi realizowanymi w szkolnym gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. **Niniejsza rezygnacja nie dotyczy udzielenia niezbędnej pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia.**

*Uwaga: Deklaracja obowiązuje w okresie nauki szkolnej.

Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego	