DEKLARACJA:

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
PESEL, data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel. Kontaktowy (do rodzica lub prawnego opiekuna)

Oświadczenie: Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka ..... Przez pielęgniarkę szkolną profilaktyczną opieką zdrowotna nad uczniami zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DZ.U. z 2016 r. poz. 86) przez okres uczęszczania mojego dziecka do szkoły: II Liceum Ogólnokształcącym im. M. Konopnickiej w Nowym Sączu, ul. Żeromskiego 16, 33-300 Nowy Sącz.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Uwaga! Rodzic lub opiekun ma prawo cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub cofnięcia zgody na całość świadczeń. Lista świadczeń refundowanych jest wywieszona w gabinecie pielęgniarki szkolnej.