

**Zgoda/sprzeciw rodziców lub pełnoletniego ucznia posiadającego orzeczenie  
o stopniu niepełnosprawności  
na objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną**

**IMIĘ I NAZWISKO UCZNI** .....

**DATA URODZENIA** ..... **PESEL** .....

**NAZWA SZKOŁY/ ADRES** .....

**Zakres świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej obejmuje:**

1. Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych.
2. Kierowanie postępowaniem poprzewiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów.
3. Czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarstkich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole.
4. Udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc.
5. Edukację zdrowotną.

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW / PEŁNOLETNIEGO UCZNI**\*

**Zgadzam / nie zgadzam się na proponowany zakres świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania /higienistki szkolnej. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia ucznia.**

Zostałam/am poinformowany/a, że na każdym etapie nauki w szkole, mam możliwość zmiany ww. oświadczenia.

.....  
1. Czytelny podpis rodzica

.....  
2. Czytelny podpis rodzica

.....  
3. Czytelny podpis  
Pełnoletniego ucznia

\* Niewłaściwe skreślić