

Dane ucznia:

(imię i nazwisko)

(PESEL)

Dane rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/ych)*:

1.

2.

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(opcjonalnie dodatkowe dane pozwalające na identyfikację)

dane świadczeniodawcy

**ZGODA NA SPRAWOWANIE OPIEKI NAD UCZNIEM PRZEWKLEKLE CHORYM LUB
NIEPEŁNOSPRAWNYM**

Na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r., poz. 1078; dalej: Ustawa) wyrażam zgodę na sprawowanie przez świadczeniodawcę nad ww. uczniem opieki, o której mowa w art. 20 Ustawy, we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami lub pełnoletnim uczniem, dyrektorem i pracownikami szkoły, po wspólnym uzgodnieniu sposobu opieki, dostosowanym do stanu zdrowia ucznia, w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole.

data i podpis/y rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/ych) lub ucznia*

- * 1. w przypadku, gdy uczeń jest małoletni lub całkowicie ubezwłasnowolniony, sprzeciw skład w jego imieniu rodzice lub przedstawiciele ustawowi
2. w przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni, sprzeciw składa we własnym imieniu, a pola dotyczące danych rodzica/ów, przedstawiciela/li należy przekreślić.