

INFORMACJA dla RODZICÓW

Dyrektor Szkoły Liceum Ogólnokształcącego nr XIII im. Aleksandra Fredry we Wrocławiu informuje, że szkoła zapewnia profilaktyczną opiekę zdrowotną i stomatologiczną uczniom do 19 roku życia na poniższych zasadach:

1. Profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania
2. Gabinet pielęgniarki mieści się w budynku szkolnym na II piętrze (stary budynek), pokój 20
3. Pielęgniarka pracuje w godzinach 7.30- 15.30
4. Placówką realizującą opiekę jest Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne „Promyk Słońca”, ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław
5. W przypadku, gdybyście Państwo nie życzyli sobie objęcia dziecka opieką zdrowotną i stomatologiczną proszę o złożenie „sprzeciwu” od świadczenia usług medycznych, odpowiednio do świadczeniobiorców realizujących opiekę.
6. Na każde wykonane świadczenie ogólnostomatologiczne dziecko (uczeń) zgłasza się z pisemnym wyrażeniem zgody przez rodziców.

Dyrektor Szkoły

Imię i nazwisko ucznia (klasa).....

- Wyrażam zgodę na opiekę stomatologiczną
- Nie wyrażam zgody na opiekę stomatologiczną

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....

INFORMACJA dla RODZICÓW

Dyrektor Szkoły Liceum Ogólnokształcącego nr XIII im. Aleksandra Fredry we Wrocławiu informuje, że szkoła zapewnia profilaktyczną opiekę zdrowotną i stomatologiczną uczniom do 19 roku życia na poniższych zasadach:

1. Profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania
2. Gabinet pielęgniarki mieści się w budynku szkolnym na II piętrze (stary budynek), pokój 20
3. Pielęgniarka pracuje w godzinach 7.30- 15.30
4. Placówką realizującą opiekę jest Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne „Promyk Słońca”, ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław
5. W przypadku, gdybyście Państwo nie życzyli sobie objęcia dziecka opieką zdrowotną i stomatologiczną proszę o złożenie „sprzeciwu” od świadczenia usług medycznych, odpowiednio do świadczeniobiorców realizujących opiekę.
6. Na każde wykonane świadczenie ogólnostomatologiczne dziecko (uczeń) zgłasza się z pisemnym wyrażeniem zgody przez rodziców.

Dyrektor Szkoły

Imię i nazwisko ucznia (klasa).....

- Wyrażam zgodę
- Nie wyrażam zgody

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....