**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną przez pielęgniarkę szkolną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej(Dz. U. z 2016r.poz.86) przez okres uczęszczania dziecka do szkoły.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

……………………………………………………………………

data i podpis rodzica/opiekuna

Uwaga! Rodzic lub prawny opiekun ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub cofnięcia zgody na całość świadczeń. Lista świadczeń jest dostępna w gabinecie pielęgniarki i na tablicy przy gabinecie pielęgniarki.

**ZGODA NA FLUORYZACJĘ**

Szanowni Rodzice w szkole prowadzona jest w kl. I – VI profilaktyka próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania preparatem fluorkowym ELMEX. Fluoryzacja prowadzona jest co 6 tygodni. Nadzór na fluoryzacją ma pielęgniarka szkolna **pani Katarzyna Piotrowska.**

Zakup preparatu refundowany jest przez NFZ, natomiast szczoteczki do fluoryzacji finansują Rodzice. W szkole stosowane są szczoteczki jednorazowe.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

……………………………………………………………………

data i podpis rodzica/opiekuna