



W okresie pobytu mojego dziecka .....  
w MOS w Wojsce wyrażam zgodę na:

1. Wykonywanie przez pielęgniarkę świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania.
2. Fluoryzację zębów w klasach II-IV sześć razy w roku szkolnym.
3. Na przekazywanie informacji o stanie zdrowia mojego dziecka Dyrektorowi Szkoły i/lub nauczycielom.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis opiekuna/rodzica*