Załącznik nr 4a
do informacji w zakresie
opieki zdrowotnej

Czernina, dn……

ZGODA NAUCZYCIELA/PRACOWNIKA
NA WYKONYWANIE INNYCH CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH
DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ/NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja, niżej podpisany
…….....
/imię, nazwisko nauczyciela/pracownika/

wyrażam zgodę na wykonywanie innych czynności medycznych dziecku …….....
/imię, nazwisko dziecka/

uczniowi klasy……Szkoły Podstawowej w Czerninie w roku szkolnym……,

zgodnie z przedłożonym zaświadczeniem lekarskim z dnia……..

…….....
(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

Dz. U. z dnia 11 czerwca 2019r., Poz. 1078 – ustawa z dn. 12.04.2019r. – art. 21 ust. 3.