

Świebodzin, dnia

Specjalny Ośrodek Szkolno - Wychowawczy im. Lecha Wierusza w Świebodzinie

Grupy wychowawcze (internat)

Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Adres zamieszkania

Nr telefonu rodziców / opiekunów

Lekarz rodzinny dziecka

1. Czy wyrażają Państwo zgodę na wezwanie do dziecka, w razie konieczności, karetki pogotowia i udzielenia pierwszej pomocy medycznej lub porady lekarskiej? TAK NIE *
2. Czy wyrażają Państwo zgodę na podanie dziecku leków przeciwbólowych lub przeciwgorączkowych w razie konieczności? TAK NIE *
3. Czy wyrażają Państwo zgodę na pobranie dziecku krwi w razie potrzeby? TAK NIE *
4. Czy wyrażają Państwo zgodę na leczenie lub usuwanie dziecku zębów? TAK NIE *
5. Czy Państwa dziecko przyjmuje leki stałe? TAK NIE *, jeżeli tak, jakie:

.....
Proszę o podawanie leków stałych mojemu dziecku przez wychowawców podczas pobytu w Grupach wychowawczych.

6. Czy Państwa dziecko jest uczulone na jakikolwiek lek? TAK NIE *, jeżeli tak, to na jaki:
7. Czy wyrażają Państwo zgodę na samodzielne dojazdy dziecka do domu rodzinnego? TAK NIE *
8. Czy wyrażają Państwo zgodę na samodzielne wyjścia dziecka do pobliskich sklepów? TAK NIE *
9. Czy wyrażają Państwo zgodę na badanie dziecka alkotestem w przypadku podejrzenia o spożycie alkoholu? TAK NIE *
10. Czy wyrażają Państwo zgodę na wykonanie testów na obecność narkotyków w organizmie dziecka w przypadku, gdy zachodzi podejrzenie, że jest pod wpływem środków psychoaktywnych? TAK NIE *

.....
/podpis rodzica lub prawnego opiekuna/

***właściwie zakreślić**