

.....  
(imię i nazwisko matki)

.....  
(imię i nazwisko ojca)

.....  
Miejscowość, data

Pielęgniarka środowiska nauczana i wychowania  
Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej w Kurowicach  
ul. Pabianicka 4  
95-006 Kurowice

### **Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja niżej podpisany/a.....  
(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 3 ustawy z 12 kwietnia 2019 r.  
o opiece zdrowotnej nad uczniami wyrażam sprzeciw wobec objęcia mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy..... Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Kurowicach profilaktyczną opieką zdrowotną .

.....  
(czytelny podpis matki/ojca)

#### 1. Profilaktyczna opieka zdrowotna pielęgniarki szkolnej obejmuje:

- ➔ Wykonanie i interpretowanie testów przesiewowych,
- ➔ Poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi,
- ➔ Sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością,
- ➔ Udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc,
- ➔ Doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole
- ➔ Udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej,
- ➔ Edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej
- ➔ Nadzorowanie szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi (fluoryzacja).

**Sprzeciw można wnieść w całości lub w części z dokładnym określeniem, na jakie świadczenia rodzic wyraża zgodę/sprzeciw.**