

Instrukcja dla Rodziców

RODZICE

Przypominam o konieczności wypełnienia formularza na objęcie dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną w ***Gabinecie Stomatologicznym Stomatologia Malident w Odrzywole.***

Prosimy o dostarczenie formularza do placówki. W związku z zagrożeniem epidemiologicznym możecie państwo dostarczyć wyżej wymienioną zgodę poprzez:

- przesłanie skanu wypełnionego formularza na adres

sekretariat.soswnmiasto@grojec.home.pl

lub

- wrzucenie wypełnionego formularza do zielonej skrzynki na pocztę znajdującej się na ścianie przy wejściu do budynku Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego im. św. Franciszka z Asyżu w Nowym Mieście nad Pilicą,

lub

- przesłanie tradycyjną pocztą na adres

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy

im. św. Franciszka z Asyżu

pl. o. H. Koźmińskiego 9

26-420 Nowe Miasto nad Pilicą

................................................. (miejscowość i data )

............................................................................... (Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna ucznia)

....................................................................................

(numer telefonu)

......................................................................................

......................................................................................

(adres zamieszkania )

Zgoda na objęcie dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną w Gabinecie Stomatologicznym Stomatologia Malident w Odrzywole

Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka: Imię i nazwisko.................................................................................................................................. PESEL...............................................................................................................................................

profilaktyczną opieką zdrowotną czyli:

**1. przeprowadzenie przeglądu jamy ustanej** ............................... (proszę napisać TAK lub NIE jeżeli zgadzają się Państwo lub nie wyrażają zgody na udzielenie tego świadczenia)

**2. lakierowanie zębów** ................................... (proszę napisać TAK lub NIE jeżeli zgadzają się Państwo lub nie wyrażają zgody na udzielenie tego świadczenia)

Wizyty będą odbywały się w Gabinecie Stomatologicznym przy ulicy Warszawskiej 55 w Odrzywole.

............................................................................. (podpis rodzica /opiekuna prawnego dziecka)