



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-VI sześć razy w roku szkolnym.
3. Na przekazywanie informacji o stanie zdrowia mojego dziecka Dyrektorowi Szkoły i/lub nauczycielom.

.....

Miejscowość, data

.....S

Podpis opiekuna/rodzica

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii Zgromadzenia Córek Bożej Miłości

Wojska, ul. Zakładowa 8, 42-690 Tworóg

tel./fax.: 32 285 75 94

email: moswojska@gmail.com

www.moswojska.pl