

Klasa:

LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Piła
64-920 PIŁA, ul. W. Pola 11
tel. (067) 351 74 70
ID 000242157 NIP 764-22-61-645

.....
Pieczętka placówki oświatowej

SIMON NOWAK Stomatologia
ul. Widok 2B/16 - Teatralna 1
64-920 Piła
NIP: 7642702598
REGON: 387115134

.....
Pieczętka gabinetu stomatologicznego

WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ UCZNIĄ

DANE UCZNIĄ:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL: TELEFON KONTAKTOWY:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ (lakierowanie, leczenie próchnicy powierzchniowej zębów)

TAK ()

NIE ()

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Choroby nerek (),
Tarczycy (), Układu krążenia (), Epilepsja/Padaczka (), Żółtaczka (),
Zaburzenia krzepnięcia krwi ().

Inne, jakie?

Aktualnie przyjmowane leki:

Występowanie uczuleń na leki:

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Instrukcja:

Proszę o postawienie krzyżyka (x).