

_____, dnia _____

(dane szkoły)

(dane podmiotu sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem)

(dane ucznia)

(dane rodzica/opiekuna* ucznia)

POKWITOWANIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ UCZNIĄ

Ja, niżej podpisany(-a), rodzic/opiekun* ucznia, kwituję odbiór dokumentacji medycznej ucznia w związku z:

- Zakończeniem kształcenia przez ucznia. Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania dokumentacji medycznej lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, sprawującemu opiekę zdrowotną nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- Zmianą szkoły przez ucznia. Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania dokumentacji medycznej szkole przyjmującej ucznia.

(podpis rodzica/opiekuna*)

✓

(podpis rodzica/opiekuna*)

* niepotrzebne skreślić