

.....
imię i nazwisko ucznia,
który w dniu badania ma ukończone 16 lat

.....
adres zamieszkania ucznia

.....
Nr PESEL ucznia

ZGODA UCZNIĄ NA BADANIE LEKARSKIE

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego w celu stwierdzenia przeciwwskazań/braku przeciwwskazań do nauki i praktyk organizowanych przez w klasie.....
(nazwa szkoły) (profil, numer klasy)

.....
Data i czytelny podpis ucznia

.....
imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego ucznia

.....
adres zamieszkania rodzica/przedstawiciela ustawowego ucznia

.....
Nr PESEL rodzica/przedstawiciela ustawowego ucznia

ZGODA RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO UCZNIĄ NA BADANIE LEKARSKIE

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego.....
.....(imię i nazwisko ucznia) w celu stwierdzenia przeciwwskazań/braku przeciwwskazań do nauki i praktyk organizowanych przez.....
..... w klasie.....
(nazwa szkoły) (profil, numer klasy)

.....
Data i czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego ucznia