

Stargard, dnia.....

ANKIETA DOTYCZĄCA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. Imię i nazwisko dziecka.....PESEL.....
2. Data i miejsce urodzenia dziecka.....
3. Imię i nazwisko rodziców lub opiekunów prawnych:
Ojciec.....PESEL.....Nr dowodu os.....
Matka.....PESEL.....Nr dowodu os.....
4. Adres stałego miejsca zamieszkania
rodziców.....
.....
5. Adres stałego miejsca zamieszkania
dziecka.....
.....
6. Czy dziecko jest objęte opieką medyczną?.....
7. Nazwa i adres przychodni, w której dziecko jest zadeklarowane:
.....
8. Imię i nazwisko lekarza rodzinnego.....
9. Podstawa ubezpieczenia zdrowotnego (nr legitymacji rodzinnej, nr świadczenia emerytalno-
rentowego, potwierdzenie z Urzędu Pracy)
.....

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na podejmowanie przez wychowawców, pracowników pedagogicznych decyzji dotyczących opieki zdrowotnej nad moim dzieckiem. W razie zaistnienia konieczności zapewnienia opieki psychiatrycznej lub umieszczenia dziecka w szpitalu, do podjęcia decyzji w powyższej sprawie upoważniam dyrektora Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Stargardzie.

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