

Miejscowość, dnia



87-100 Toruń ul. Forteczna 35-37

GABINET MEDYCyny SZKOLNEJ w Lesznowoli

WNIOSEK O WYDANIE KARTY ZDROWIA UCZNIA

Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Stopień pokrewieństwa / Pełnomocnictwo *(niepotrzebne skreślić)

Numer telefonu kontaktowego

Wnioskuje o wydanie Karty Zdrowia Ucznia
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

.....
(podpis wnioskodawcy)

WYDANIE KARTY ZDROWIA UCZNIA

.....
(data wydania dokumentu)

.....
(numer w rejestrze wydanej dok. med.)

Tożsamość osoby
(imię, nazwisko).

odbierającej Kartę Zdrowia Ucznia stwierdzono na podstawie okazanego dokumentu tożsamości

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)