



PROGRAM Wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci 5-letnich,
mieszkańców Bielska-Białej, na lata 2026-2028

Załącznik nr 1

Pieczęć świadczeniodawcy

**OŚWIADCZENIE I ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA UDZIAŁ DZIECKA W PROGRAMIE**

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania dziecka:.....

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowany o zasadach uczestnictwa w programie, jego organizacji, rodzaju i bezpieczeństwie planowanych działań.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

w „Programie wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci 5 - letnich, mieszkańców Bielska-Białej, na lata 2026–2028”. Dziecko uczęszcza do Przedszkola nr

w

Jednocześnie oświadczam, że moje dziecko:

- jest mieszkańcem Bielska-Białej,
- nie jest objęte stałą specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń wzroku finansowaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ),
- nie ma zdiagnozowanej wady wzroku.

UWAGA!

Objęcie dziecka stałą specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń wzroku finansowaną ze środków NFZ, zamieszkanie poza Bielskiem-Białą i wcześniejsze zdiagnozowanie wady wzroku, stanowi wyłączenie z badań przesiewowych wzroku w ramach Programu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci 5-letnich, mieszkańców Bielska-Białej, na lata 2026-2028.

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

