

Rok szkolny 2016/2017

Szkoła:.....Klasa.....

L.p.	Nazwisko i imię ucznia	Rok urodzenia	Testy przesiewowe							Wydane skierowania/ druki	Profilaktyczne badanie lekarskie	Problem			Grupa WF	Profilaktyka próchnicy zębów						Porady czynne	Promocja zdrowia / Kontrole				
			Rodzaj									zdrowotny	szkolny	społeczny		Zgoda na zabieg +/-	Data zabiegu fluoryzacji										
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											

.....
Imię i nazwisko wychowawcy klasy.....
Imię i nazwisko pielęgniarki, nr uprawnień

