Miejscowość, dnia ..……

PRZYCHODNIA LEKARSKA
ŚWIAT ZDROWIA

WNIOSEK O WYDANIE KARTY ZDROWIA UCZNIA

Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Stopień pokrewieństwa / Pełnomocnictwo *(niepotrzebne skreślić) ……..

Numer telefonu kontaktowego .....

Nr PESEL

Wnioskuję o wydanie Karty Zdrowia Ucznia ……..
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania …….

Nr PESEL

.....
(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

……..
(nazwa i numer dokumentu tożsamości)

…….
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

…….
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)