

Załącznik nr 1 do „Programu profilaktyki stomatologicznej prowadzonego w latach 2013 – 2015 obejmującego dzieci z gminy Brwinów w wieku 6 – 9 lat” realizowanego w latach 2014-2015

**DEKLARACJA UDZIAŁU W "PROGRAMIE PROFILAKTYKI  
STOMATOLOGICZNEJ PROWADZONYM W LATACH 2013 – 2015  
OBEJMUJĄCYM DZIECI Z GMINY BRWINÓW W WIEKU 6 - 9 LAT"  
REALIZOWANY W LATACH 2014-2015,**

Podstawa prawna: Uchwała Nr XLIX.509.2014 z dnia 31 stycznia 2014 r. Rady Miejskiej w Brwinowie w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013-2015 obejmujący dzieci z Gminy Brwinów w wieku 6-9 lat” realizowanego w latach 2014-2015 oraz z Uchwała Nr L.531.2014 r. z dnia 5 marca 2014 r. Rady Miejskiej w Brwinowie w sprawie dokonania reasumpcji uchwały Nr XLIX.509.2014 z dnia 31 stycznia 2014 r. o przyjęciu programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013-2015 obejmujący dzieci z Gminy Brwinów w wieku 6-9 lat” realizowanego w latach 2014-2015.

Składający: Deklarację składają rodzice / opiekunowie prawni dziecka zamieszkałego na terenie Gminy Brwinów.

Termin składania: **15 września 2014 r.**

Miejsce składania: **Urząd Gminy Brwinów, ul. Grodziska 12, 05-840 Brwinów**  
(osobiście, pocztą lub za pośrednictwem dyrektorów szkół podstawowych z terenu Gminy Brwinów)

**A. DANE DZIECKA**

1. IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. DATA  
URODZENIA

4. MIEJSCE  
URODZENIA

5. ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA

Miejscowość	Ulica	Nr domu / lokalu						
	Kod pocztowy	Poczta						
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			-				
		-						

6. ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA

Miejscowość	Ulica	Nr domu / lokalu						
	Kod pocztowy	Poczta						
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			-				
		-						

7. NAZWA I ADRES SZKOŁY PODSTAWOWEJ DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO

Nazwa szkoły	Klasa
--------------	-------

Miejscowość	Ulica	Nr budynku						
	Kod pocztowy	Poczta						
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			-				
		-						

**B. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH SKŁADAJĄCYCH DEKLARACJĘ**

1. IMIĘ I NAZWISKO OJCA / OPIEKUNA

2. ADRES ZAMIESZKANIA OJCA / OPIEKUNA

Kraj	Województwo	Powiat
Miejscowość	Ulica	Nr domu / lokalu
Gmina	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta

3. ADRES DO KORESPONDENCJI OJCA / OPIEKUNA

Miejscowość	Ulica	Nr domu / lokalu
	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta

4. DANE KONTAKTOWE OJCA / OPIEKUNA (podanie danych kontaktowych jest nieobowiązkowe)

Nr telefonu:  Adres e-mail:

5. IMIĘ I NAZWISKO MATKI / OPIEKUNKI

6. ADRES ZAMIESZKANIA MATKI / OPIEKUNKI

Kraj	Województwo	Powiat
Miejscowość	Ulica	Nr domu / lokalu
Gmina	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta

7. ADRES DO KORESPONDENCJI MATKI / OPIEKUNKI

Miejscowość	Ulica	Nr domu / lokalu
	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta

8. DANE KONTAKTOWE MATKI / OPIEKUNKI (podanie danych kontaktowych jest nieobowiązkowe)

Nr telefonu:  Adres e-mail:

OŚWIADCZAMY, ŻE WYRAŻAMY ZGODĘ NA UDZIAŁ NASZEGO DZIECKA w "Programie profilaktyki stomatologicznej prowadzonym w latach 2013 - 2015 obejmującym dzieci z Gminy Brwinów w wieku 6 - 9 lat"

(miejscowość i data)

(czytelny podpis ojca / opiekuna prawnego dziecka)

(czytelny podpis matki / opiekunki prawnej dziecka)