**ZAKRES OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZONEJ UCZNIOM   
W ROKU SZKOLNYM 2024/2025**

1. PROFILAKTYKA
2. Przeprowadzanie testów przesiewowych w ramach profilaktycznych badań lekarskich (bilans zdrowia);
3. Przeprowadzanie testów przesiewowych wg obowiązujących standardów w ramach bilansów, kl. 5;
4. Kierowanie postępowaniem przesiewowym w stosunku do uczniów z dodatnim wynikiem testu;
5. Monitorowanie realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych;
6. Profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania zębów kl. I-VI.
7. ZADANIA DO STAŁEJ REALIZACJI
8. Udzielanie uczniom i pracownikom szkoły pierwszej pomocy medycznej w urazach i nagłych wypadkach;
9. Poradnictwo czynne dla uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi, współpraca, wsparcie dla rodziców i opiekunów prawnych;
10. Współdziałanie z dyrekcją i pracownikami szkoły;
11. Współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego (określenie grupy WF - zwolnienia lekarskie z zajęć);
12. Współpraca z wybranymi podmiotami Urzędu m.st. Warszawy, Biuro Polityki Zdrowotnej, Instytut Matki i Dziecka, WSSE, Zakład Opieki Zdrowotnej;
13. Realizacja zadań wynikających z potrzeb środowiska szkolnego.

***Oświadczam, że uzyskałam/em informację o zakresie opieki zdrowotnej świadczonej uczniom***

***w Szkole Podstawowej nr 310 w Warszawie oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu.***

**Nie wyrażam sprzeciwu ⃰ Wyrażam sprzeciw ⃰**

………………………………………. ……………………………………………………..

*data, podpis rodziców/opiekunów data, podpis rodziców/opiekunów*

⃰ *niepotrzebne skreślić*

***Informuję, że jestem zainteresowana/y / nie jestem zainteresowana/y ⃰ profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla mojego dziecka……………………………………………………… uczennicy/ucznia klasy……………………………., które będą prowadzone w Szkole Podstawowej nr 310 w Warszawie.***

…………………………………………………………………………………..

*data, podpis rodziców/opiekunów*

*⃰niepotrzebne skreślić*