

Rok szkolny.....

Lista klasowa

Klasa.....

Lp.	Nazwisko i imię, data urodzenia ucznia	Rodzaj testów przesiewowych					Wydane skierowania	Profilaktyczne badania lekarskie	Problem			Grupa WF	Data przeprowadzonej fluoryzacji					Inne	
		Opieka czynna i / lub pomoc doraźna (zaznacz różnymi kolorami)	Odpowiedź lekarza	zdrowotny	szkolny	społeczny													

imię i nazwisko wychowawcy klasy

imię i nazwisko pielęgniarki / higienistki szkolnej