

Załącznik nr 5

do umowy o świadczenie usług w ODDZIAŁACH PRZEDSZKOLNYCH
SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. ORŁA BIAŁEGO W DOBRZEMIU

Wyrażam zgodę na sprawdzenie czystości głowy mojego dziecka przez wychowawcę lub pomoc
nauczyciela, jak również pracownika służby zdrowia

.....
(imię i nazwisko dziecka/dzieci)

w celu przeciwdziałania wszawicy.

.....
(data i czytelne podpisy rodziców/ prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka/dzieci)

.....
(data i czytelne podpisy
rodziców/ prawnych opiekunów)

