

Oświadczenie Rodziców
na okres nauki ucznia w Szkole Podstawowej im. Marszałka
Józefa Piłsudskiego w Święcicach

Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka

Klasa

(imię i nazwisko ucznia)

przez pielęgniarkę szkolną

1	Badaniem przesiewowym dla danego wieku	tak/nie
2	Fluoryzacją	tak/nie
3	Podanie dziecku leku po telefonicznym uzgodnieniu z rodzicem	tak/nie
4	Kontrolą czystości	tak/nie
5	Kontrolą temperatury ciała	tak/nie

.....
Data

.....
Podpis rodzica lub prawnego opiekuna/