

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)
NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH REWALIDACYJNYCH

Wyrażam zgodę na udział córki/syna
(imię i nazwisko, klasa) w zajęciach rewalidacyjnych organizowanych
przez Szkołę Podstawową im. Wincentego Pola w Stawiszynie od dnia 18 maja 2020 roku.

Jednocześnie wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka
(termometr bezdotykowy).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)