

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
.....
(imię i nazwisko oraz adres rodziców/prawnych opiekunów)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pomiar przez pracownika Szkoły Podstawowej w Starych Proboszczewicach lub pielęgniarkę szkolną temperatury ciała mojego dziecka

..... ucznia/uczennicy klasy.....,
jeżeli zaistnieje taka konieczność w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych na terenie szkoły.

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