Kalisz, dnia……………………..

Pani

Bożena Grzyb

pielęgniarka środowiska

nauczania i wychowania

**ZGODA na sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym**

Wyrażam/y\* zgodę na sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej

nad moim/naszym\* dzieckiem…………………………………………………………...

 (imię i nazwisko)

uczniem klasy…………………………………..Szkoły Podstawowej nr 1

im. Konstytucji 3 Maja w Kaliszu.

1)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Kalisz, dnia……………………..

Pani

Bożena Grzyb

pielęgniarka środowiska

nauczania i wychowania

**ZGODA na sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym**

Wyrażam/y\* zgodę na sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej

nad moim/naszym\* dzieckiem…………………………………………………………...

 (imię i nazwisko)

uczniem klasy…………………………………..Szkoły Podstawowej nr 1

im. Konstytucji 3 Maja w Kaliszu.

1)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić