

# ZGODA

## oświadczenie rodziców/opiekunów

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

Ja niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na sprawdzenie czystości głowy mojego dziecka:

\_\_\_\_\_  
(Imię, nazwisko)

przez pielęgniarkę/wychowawcę w Przedszkolu nr:

\_\_\_\_\_  
(numer przedszkola i miasto)

\_\_\_\_\_  
podpis rodzica/opiekuna



# ZGODA

## oświadczenie rodziców/opiekunów

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

Ja niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na sprawdzenie czystości głowy mojego dziecka:

\_\_\_\_\_  
(Imię, nazwisko)

przez pielęgniarkę/wychowawcę w Przedszkolu nr:

\_\_\_\_\_  
(numer przedszkola i miasto)

\_\_\_\_\_  
podpis rodzica/opiekuna



# ZGODA

## oświadczenie rodziców/opiekunów

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

Ja niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na sprawdzenie czystości głowy mojego dziecka:

\_\_\_\_\_  
(Imię, nazwisko)

przez pielęgniarkę/wychowawcę w Przedszkolu nr:

\_\_\_\_\_  
(numer przedszkola i miasto)

\_\_\_\_\_  
podpis rodzica/opiekuna