

ZGODA

oświadczenie rodziców/opiekunów

miejsowość, data

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

(imię, nazwisko, klasa)

przez pielęgniarkę szkolną w Szkole Podstawowej nr:

(numer szkoły 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, klasa)

przez pielęgniarkę szkolną w Szkole Podstawowej nr:

(numer szkoły 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, klasa)

przez pielęgniarkę szkolną w Szkole Podstawowej nr:

(numer szkoły i miasto)

podpis rodzica/opiekuna