…………………………………….………………………………….…..… ………………………………………………………..…….. *imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego) ucznia niepełnoletniego miejscowość, data*

**ZGODA**

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w szkole mojego dziecka

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

 *imię i nazwisko dziecka, klasa*

- przewlekle chorego na ……………………………………………………………………………………….……………………………….. \*

*nazwa jednostki chorobowej*

lub

- w związku z niepełnosprawnością ……………………………………………………………………………………………………. \*

*rodzaj niepełnosprawności ucznia*

…………………………………………………………………………………

*podpis rodzica (opiekuna prawnego) ucznia niepełnoletniego*

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*** na podanie leków mojemu dziecku ……………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………….. *imię i nazwisko dziecka, klasa*

 lub wykonanie innych czynności podczas pobytu dziecka w szkole.

…………………………………………………………………………………

*podpis rodzica (opiekuna prawnego) ucznia niepełnoletniego*

***\*-niepotrzebne skreślić***