…………………………… Nowe Iganie …………………

Imię i nazwisko rodzica

……………………………

Adres zamieszkania

ZGODA RODZICÓW NA MIERZENIE TEMPERATURY DZIECKA

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na zmierzenie temperatury mojemu dziecku ………………………………………… ucznia klasy …………………. Szkoły Podstawowej
w Nowych Iganiach, gdyby wystąpiły u niego niepokojące objawy chorobowe.

……………………………..

Czytelny podpis rodzica