

ZDROWIE I BEZPIECZEŃSTWO DZIECKA

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na podejmowanie wszelkich działań zapewniających zdrowie i bezpieczeństwo mojemu dziecku

(imię i nazwisko dziecka)

od dnia 1 września 2025 przez cały okres kształcenia i pobytu w Szkole Podstawowej im. kpt. pil. Stanisława Skarżyńskiego w Warcie i podczas udziału w organizowanych przez placówkę imprezach i wycieczkach poza jej terenem, a w szczególności wzywania pogotowia ratunkowego i policji i reprezentowania rodziców do czasu ich przyjazdu do szkoły lub wyznaczonego miejsca.

.....
data, czytelny podpis matki (prawnej opiekunki)

.....
data, czytelny podpis ojca (prawnego opiekuna)

*niepotrzebne skreślić