Gliwice, dnia ...........................

**Zgoda – oświadczenie rodziców/opiekunów**

 Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na sprawdzenie czystości głowy mojego dziecka

............................................................................................................................

 *imię i nazwisko, oddział*

przez osobę upoważnioną przez dyrektora placówki, w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą.

.................................................................

 *czytelny podpis rodzica/opiekuna*

\*niewłaściwe skreślić

Gliwice, dnia ...........................

**Zgoda – oświadczenie rodziców/opiekunów**

 Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na sprawdzenie czystości głowy mojego dziecka

 ............................................................................................................................

 *imię i nazwisko, oddział*

przez osobę upoważnioną przez dyrektora placówki w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą.

.................................................................

 *czytelny podpis rodzica/opiekuna*

\*niewłaściwe skreślić

Gliwice, dnia ...........................

**Zgoda – oświadczenie rodziców/opiekunów**

 Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na sprawdzenie czystości głowy mojego dziecka

............................................................................................................................

 *imię i nazwisko, oddział*

przez osobę upoważnioną przez dyrektora placówki w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą.

.................................................................

 *czytelny podpis rodzica/opiekuna*

\*niewłaściwe skreślić