Kalisz, dnia……………………..

Grupowa Praktyka Pielęgniarek

"SEPTIMA" s.c.

**ZGODA na sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym**

Wyrażam/y\* zgodę na sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej

nad moim/naszym\* dzieckiem…………………………………………………………...

(imię i nazwisko)

uczniem klasy…………………………………..Szkoły Podstawowej nr 14

im. Władysława Broniewskiego w Kaliszu.

1)………………………………………………………………..

(czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

(czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić

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

Kalisz, dnia……………………..

Grupowa Praktyka Pielęgniarek

"SEPTIMA" s.c.

**ZGODA na sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym**

Wyrażam/y\* zgodę na sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej

nad moim/naszym\* dzieckiem…………………………………………………………...

(imię i nazwisko)

uczniem klasy…………………………………..Szkoły Podstawowej nr 14

im. Władysława Broniewskiego w Kaliszu.

1)………………………………………………………………..

(czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

(czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić