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