

**OŚWIADCZENIA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW**  
**Dla ucznia/dziecka SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. SZARYCH SZEREGÓW W GÓRKACH**  
**w roku szkolnym 2024/2025**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia..... oddział/klasa .....  
Urodzonego dnia .....

1. Wyrażam/y zgodę\*/nie wyrażam/y zgody\* na badanie naszego dziecka przez logopedę i ewentualny udział naszego dziecka w zajęciach logopedycznych.
2. Wyrażam/y zgodę\* - nie wyrażam/y zgody\* na objęcie opieką psychologiczno-pedagogiczną przez pedagoga\*, pedagoga specjalnego\*, psychologa\* zatrudnionego przez szkołę.
3. Wyrażam/y zgodę\*/nie wyrażam/y zgody\* na udział naszego dziecka w zajęciach religii katolickiej, prowadzonych przez katechetę zatrudnionego przez szkołę.
4. Wyrażam/y zgodę\*/nie wyrażam/y zgody\* na udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej, wezwanie karetki pogotowia oraz przewiezienie mojego dziecka do szpitala w razie zagrożenia zdrowia lub życia.
5. Wyrażam zgodę\*/nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie kontroli czystości mojego dziecka przez pielęgniarkę medycyny szkolnej lub innej osoby wskazanej przez dyrektora szkoły w czasie pobytu dziecka w szkole.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
Czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów

---

**OŚWIADCZENIA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW**  
**Dla ucznia/dziecka SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. SZARYCH SZEREGÓW W GÓRKACH**  
**w roku szkolnym 2024/2025**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia..... oddział/klasa .....  
Urodzonego dnia .....

1. Wyrażam/y zgodę\*/nie wyrażam/y zgody\* na badanie naszego dziecka przez logopedę i ewentualny udział naszego dziecka w zajęciach logopedycznych.
2. Wyrażam/y zgodę\* - nie wyrażam/y zgody\* na objęcie opieką psychologiczno-pedagogiczną przez pedagoga\*, pedagoga specjalnego\*, psychologa\* zatrudnionego przez szkołę.
3. Wyrażam/y zgodę\*/nie wyrażam/y zgody\* na udział naszego dziecka w zajęciach religii katolickiej, prowadzonych przez katechetę zatrudnionego przez szkołę.
4. Wyrażam/y zgodę\*/nie wyrażam/y zgody\* na udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej, wezwanie karetki pogotowia oraz przewiezienie mojego dziecka do szpitala w razie zagrożenia zdrowia lub życia.
5. Wyrażam zgodę\*/nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie kontroli czystości mojego dziecka przez pielęgniarkę medycyny szkolnej lub innej osoby wskazanej przez dyrektora szkoły w czasie pobytu dziecka w szkole.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
Czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów