

OŚWIADCZENIA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW
Dla ucznia/dziecka SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. SZARYCH SZEREGÓW W GÓRKACH
w roku szkolnym 2023/2024

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 2023/2024

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

