**Zgoda na mierzenie dziecku temperatury.**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na pomiar temperatury ciała mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)………………………………………………….………….. ucznia klasy ………….. w Szkole Podstawowej im. C. K. Norwida w Dąbrówce w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.

………………………………………………………………………

(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów)

\*niewłaściwe skreślić

**Podstawa prawna:**

**Wytyczne przeciwepidemiczne GIS**

**Zgoda na mierzenie dziecku temperatury.**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na pomiar temperatury ciała mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)………………………………………………….………….. ucznia klasy ………….. w Szkole Podstawowej im. C. K. Norwida w Dąbrówce w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.

………………………………………………………………………

(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów)

\*niewłaściwe skreślić

**Podstawa prawna:**

**Wytyczne przeciwepidemiczne GIS**