

ZGODA NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

Wyrażam*/nie wyrażam* zgodę na objęcie opieką medyczną w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. St. Szumca przez pielęgniarkę Teresę Gęszka mojego syna*/córkę*.

.....
miejsowość, data

.....
podpis rodzica

**/ niepotrzebne skreślić*

ZGODA NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

Wyrażam*/nie wyrażam* zgodę na objęcie opieką medyczną w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. St. Szumca przez pielęgniarkę Teresę Gęszka mojego syna*/córkę*.

.....
miejsowość, data

.....
podpis rodzica

**/ niepotrzebne skreślić*