|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | , dnia 2020 r. |
| (miejscowość i data) |
| (imię i nazwisko, adres rodzica/opiekuna) |

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym wyrażam zgodę na wykonywanie przez pracownika Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Lipowej pomiarów temperatury ciała mojego dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codziennie przed rozpoczęciem zajęć (konsultacji) oraz w przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis rodzica/opiekuna)