**Zgoda – oświadczenie rodziców/opiekunów**

Nazwisko i imię dziecka: .................................................................... Klasa: ..........................

W trosce o zdrowie Państwa dziecka/podopiecznego zwracamy się z prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo Państwa dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej. Grupowa profilaktyka fluorkowa należy do zadań pielęgniarki szkolnej, która przeprowadza ją w klasach I-VI.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej w roku szkolnym 20……/20…… przeprowadzanej na terenie placówki.

\*niepotrzebne skreślić

Grotniki, dnia …… …… 20……r. …………………………………………

  dzień miesiąc rok czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Zgoda – oświadczenie rodziców/opiekunów**

Nazwisko i imię dziecka: .................................................................... Klasa: ..........................

W trosce o zdrowie Państwa dziecka/podopiecznego zwracamy się z prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo Państwa dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej. Grupowa profilaktyka fluorkowa należy do zadań pielęgniarki szkolnej, która przeprowadza ją w klasach I-VI.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej w roku szkolnym 20……/20…… przeprowadzanej na terenie placówki.

\*niepotrzebne skreślić

Grotniki, dnia …… …… 20……r. …………………………………………

  dzień miesiąc rok czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna