

ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW
dla ucznia/dziecka
SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. SZARYCH SZEREGÓW W GÓRKACH
w roku szkolnym _____

Imię i nazwisko dziecka/ucznia: _____ oddział/klasa _____

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź.

Kontrola czystości głowy

- ☐ **Wyrażam zgodę**
- ☐ **Nie wyrażam zgody**

na przeprowadzenie przez pielęgniarkę szkolną, a w przypadku jej nieobecności – przez inną osobę upoważnioną przez Dyrektora Szkoły, kontroli czystości głowy mojego dziecka, w szczególności w przypadku podejrzenia wszawicy lub w ramach działań profilaktycznych prowadzonych w szkole.

Kontrola będzie przeprowadzana z poszanowaniem godności, prywatności i intymności dziecka oraz w sposób zapewniający ochronę jego danych osobowych.

Górki, dnia _____

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia)