

.....

.....

.....

(Nazwisko i imię oraz adres zamieszkania rodziców)

Nr telefonu:.....

DEKLARACJA RODZICA/PEŁNOLETNIEGO UCZNIA

1. Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki.....
w zajęciach rewalidacyjnych na terenie KPSOSW nr 2
im. gen. St. Maczka w Bydgoszczy
2. Zapoznałam/łem się z treścią „ **Procedury ochrony dzieci, uczniów
przed COVID-19 na terenie KPSOSW nr 2 w Bydgoszczy**”.
3. Zobowiązuję się do poinformowania placówki o wszelkich zmianach
w sytuacji zdrowotnej odnośnie koronawirusa lub choroby **COVID-19**
w moim otoczeniu
4. Jednocześnie zgadzam się na pomiar temperatury ciała syna/córki przed
rozpoczęciem zajęć.
5. Prosimy również o informację czy syn/córka będzie korzystał:

- | | | |
|----------------------|---------|---|
| • świetlicy szkolnej | Tak/Nie | * |
| • posiłki | Tak/Nie | * |

.....

(Data i podpis rodzica/opiekuna)

*właściwe podkreślić