

.....
imię i nazwisko rodzica /przedstawiciela ustawowego ucznia

.....
adres zamieszkania rodzica/ przedstawiciela ustawowego ucznia

.....
nr PESEL rodzica/ przedstawiciela ustawowego ucznia

ZGODA RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO UCZNIA NA BADANIA LEKARSKIE

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego

.....(*imię i nazwisko ucznia*)

W celu stwierdzenia przeciwwskazań / braku przeciwwskazań do nauki /praktyk
organizowanych przez:

..... **w klasie**
profil, numer klasy

Jednocześnie oświadczam, że dziecko :

- nie choruje przewlekłe
- nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności
- nie przyjmuje na stałe żadnych leków
- nie przeszedł w ostatnim czasie żadnych zabiegów operacyjnych

.....
data i czytelny podpis rodzica/ przedstawiciela ustawowego ucznia