

Poznań, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE RODZICÓW W SPRAWIE PRZECIWDZIAŁANIA WSZAWICY

wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić)

aby mój syn/moja córka

.....
Imię i nazwisko dziecka

Miał/miała sprawdzaną głowę pod kątem wszawicy.

.....
Czytelny podpis rodziców/opiekunów