

.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

(imię i nazwisko oraz adres i telefon
rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

**Dyrektor
Zespołu Placówek Oświatowych
w Stadnickiej Woli**

Oświadczenie

Na podstawie wytycznych przeciwepidemicznych Głównego Inspektora Sanitarnego oraz zaleceń MEiN dla szkół i przedszkoli oświadczam, że wyrażam zgodę na pomiar przez pracowników Zespołu Placówek Oświatowych w Stadnickiej Woli temperatury ciała mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

ucznia klasy

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)