

ZGODA RODZICÓW /OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Wyrażam zgodę na **dokonywanie pomiaru temperatury** ciała mojego dziecka:

- każdorazowo przed wejściem do NOSW po przyjeździe z domu
- w godzinach porannych i wieczorem
- każdorazowo po powrocie z zajęć/praktyk
- oraz w sytuacji kiedy pojawią się u niego jakiegokolwiek objawy chorobowe.

W przypadku stwierdzenia temperatury powyżej 37⁰C, kaszlu lub innych objawów chorobowych, wstęp na teren NOSW nie będzie możliwy.

.....
(imię i nazwisko dziecka/wychowanka)

Aktualny nr telefonu szybkiego kontaktu	
matki/ opiekuna prawnego	ojca/ opiekuna prawnego

Jednocześnie deklaruję, że moje dziecko będzie przebywało w NOSW w terminie:

od (dzień, godzina) do (dzień, godzina)

Data	Podpis Rodzica/ opiekuna prawnego	Data	Podpis pełnoletniego Wychowanka

Data	Podpis dyżurującego Pracownika NOSW