

Szkoła Podstawowa im. Orla Białego w Niszczewach

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA COVID 19.

Oświadczam, że nie występuje u
dziecka:
(imię, nazwisko, data urodzenia)

u Opiekuna Prawnego:
(imię, nazwisko, data urodzenia)

gorączka
kaszel
duszność

Wyrażam zgodę na codzienny pomiar temperatury u dziecka/ na terenie szkoły/

.

.....
data i podpis Rodzica / Opiekuna Prawnego