**ZGODA na kontakty dziecka z pielęgniarką**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody \* na sprawdzenie czystości ciała dziecka( w tym przegląd czynności głowy w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą) przez pielęgniarkę w przedszkolu.

 ……………………………………………………………….

 podpis rodzica/opiekuna prawnego

\**niepotrzebne skreślić*

**ZGODA na kontakty dziecka z pielęgniarką**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody \* na sprawdzenie czystości ciała dziecka( w tym przegląd czynności głowy w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą) przez pielęgniarkę w przedszkolu.

 ……………………………………………………………………..

 /podpis rodzica/opiekuna prawnego/

\**niepotrzebne skreślić*