

Warszawa,

.....
(Nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na dokonywanie pomiaru temperatury ciała mojego dziecka
..... w okresie zagrożenia COVID-19.
(imię i nazwisko ucznia)

Dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego umożliwiające szybki kontakt

Nr telefonu rodzica/opiekuna prawnego

Nr telefonu rodzica/opiekuna prawnego

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