

## ZGODY- rok szkolny 2020/2021

Imię i nazwisko ucznia.....

| Lp. | RODZAJ ZGODY   | Tak/Nie | PODPIS<br>RODZICA/<br>OPIEKUNA |
|-----|--|---------|--------------------------------|
|     | Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu w razie nieobecności nauczyciela (odwołanie zajęć).<br>Dotyczy klas 4-8  |         |                                |
|     | Wyrażam zgodę na kontrolę czystości w ramach przeglądów organizowanych przez pielęgniarkę szkolną. Dotyczy klas 1-8  |         |                                |
|     | Wyrażam zgodę na fluoryzację prowadzoną przez pielęgniarkę szkolną. Dotyczy klas 1-8   |         |                                |
|     | Wyrażam zgodę na opiekę i udział mojego dziecka w zajęciach prowadzonych przez specjalistów szkolnych i Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (z późniejszymi zmianami). Dotyczy klas 1-8 |         |                                |
|     | Wyrażam zgodę na udział w zajęciach wychowania do życia w rodzinie<br>Dotyczy klas 4-8   |         |                                |