

ZGODY- rok szkolny 2024/2025

Imię i nazwisko ucznia

Lp.	RODZAJ ZGODY	Tak/Nie	PODPIS RODZICA/ OPIEKUNA
1	Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu w razie nieobecności nauczyciela (odwołanie zajęć). Dotyczy klas 4-8		
2	Wyrażam zgodę na kontrolę czystości w ramach przeglądów organizowanych przez pielęgniarkę szkolną. Dotyczy klas 1-8		
3	Wyrażam zgodę na fluoryzację organizowaną przez pielęgniarkę szkolną. Dotyczy klas 1-8		
4	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 22 lipca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Dotyczy klas 1-8		
5	Wyrażam zgodę na udział w zajęciach wychowania do życia w rodzinie. Dotyczy klas 4-8		