…………………………………….…………………………… ……………………………………………………………….

 *imię i nazwisko ucznia pełnoletniego miejscowość, data*

**ZGODA**

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką w szkole z powodu:

- chorowania przewlekle na ………………………………………………………………………………………………………………….. \*

*nazwa jednostki chorobowej*

lub

- niepełnosprawności ……………………………………………………………………………………………………………………………. \*

*rodzaj niepełnosprawności*

…………………………………………………………………………………

*podpis ucznia pełnoletniego*

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*** na podanie leków lub wykonanie innych czynności podczas mojego pobytu w szkole.

…………………………………………………………………………………

*podpis ucznia pełnoletniego*

***\*-niepotrzebne skreślić***