

Wrocław,

ZGODA RODZICÓW /OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Wyrażam zgodę na dokonywanie pomiaru temperatury u mojego dziecka każdorazowo przed wejściem do Warsztatu Terapii Zajęciowej oraz w sytuacji kiedy pojawią się u niego jakiegokolwiek objawy chorobowe, (w przypadku stwierdzenia temperatury powyżej 37⁰ C, uporczywego kaszlu lub innych objawów chorobowych, wstęp na teren Warsztatu nie będzie możliwy.

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

.....
aktualny nr telefonu szybkiego kontaktu do matki/ opiekuna prawnego

.....
aktualny nr telefonu szybkiego kontaktu do ojca/ opiekuna prawnego

Jednocześnie deklaruję, że moje dziecko będzie przebywało w placówce w godzinach:

od do

.....
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego