

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE TABLETEK JODU  
PODCZAS FERII ZIMOWYCH W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 8  
W TARNOWSKICH GÓRACH

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia .....

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna.....

Stosownie zaznaczyć krzyżykiem:

TAK, wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku tabletek jodku potasu w przypadku katastrofy – za wezwaniem instytucji ochrony zdrowia – i potwierdzam, że nie są mi znane żadne niezgodności i przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu przez moje dziecko.

NIE, nie wyrażam zgody.

.....  
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

Tarnowskie Góry, .....

---

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE TABLETEK JODU  
PODCZAS FERII ZIMOWYCH W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 8  
W TARNOWSKICH GÓRACH

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia .....

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna.....

Stosownie zaznaczyć krzyżykiem:

TAK, wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku tabletek jodku potasu w przypadku katastrofy – za wezwaniem instytucji ochrony zdrowia – i potwierdzam, że nie są mi znane żadne niezgodności i przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu przez moje dziecko.

NIE, nie wyrażam zgody.

.....  
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

Tarnowskie Góry, .....