

## ZGODA NA SPRAWDZNIĘ CZYSTOŚCI GŁOWY DZIECKA

Wyrażam zgodę na przegląd czystości głowy mojego dziecka

.....  
Imię i nazwisko / data urodzenia

przez pielęgniarkę podczas pobytu na zimowisku  
w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą.

.....  
(podpis rodziców / opiekunów prawnych)

## ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW

Wyrażam zgodę na podawanie następujących leków, podczas zimowiska  
w terminie 27.01 – 03.02.2018 r.  
mojemu dziecku

.....  
Imię i nazwisko / data urodzenia

Lek i dawkowanie :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis rodziców / opiekunów prawnych)