

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE
TABLETEK JODU POTASU W SZKOLE PODSTAWOWEJ
im. gen. Wiktora Thomme’ e w Pomiechówku**

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna.....

Stosownie zaznaczyć krzyżykiem

☐ TAK, zgodnie z załączonym arkuszem informacyjnym dla rodziców i opiekunów 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.

Data

Podpis rodzica lub opiekuna

.....

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE
TABLETEK JODU POTASU W SZKOLE PODSTAWOWEJ
im. gen. Wiktora Thomme’ e w Pomiechówku**

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna.....

Stosownie zaznaczyć krzyżykiem

☐ TAK, zgodnie z załączonym arkuszem informacyjnym dla rodziców i opiekunów 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.

Data

Podpis rodzica lub opiekun