Wniosek rodzica o udział dziecka w zajęciach rewalidacyjnych
w Szkole Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Pełczycach

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………...

Klasa …………………………………………………………………………………………….

Aktualne numery telefonów rodziców/opiekunów ………………………………………….…. …………………………………………………………………………………………………...

1. Czy rodzice dziecka obecnie chodzą do pracy?

Matka TAK / NIE Ojciec TAK / NIE

1. Czy rodzic lub inny członek rodziny zamieszkujący z dzieckiem pracuje za granicą
i cyklicznie wraca do domu?

TAK / NIE

1. Czy dziecko lub najbliżsi członkowie rodziny mieli w ostatnim czasie kontakt z osobami, które powróciły zza granicy lub przejawiały objawy zakażenia SARS COVID - 19?

TAK / NIE

…………………………………………….

Data i podpis rodzica / prawnego opiekuna

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z zapobieganiem i przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu
się Covid-19 w jednostkach oświatowych .

…………………………………………….

data i podpis rodzica / prawnego opiekuna