Szkoła Podstawowa nr 92, im. Jana Brzechwy, ul. Przasnyska 18 a

…….
Imię i nazwisko , klasa

1. *Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na **sprawdzenie czystości głowy u mojego dziecka** w roku szkolnym 2020/2021.

2. *Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na **fluoryzację zębów mojego dziecka** w roku szkolnym 2020/2021.

*-niepotrzebne skreślić

Warszawa, dn. …….

……
podpis rodzica/opiekuna prawnego