# DEKLARACJA ZGODY

Nazwisko i imię dziecka: ………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………...

Nazwisko i imię opiekuna prawnego:……………………………………………………………………

**\*TAK, wyrażam zgodę** (podczas pobytu w przedszkolu) na podanie mojemu dziecku na żądanie instytucji ochrony zdrowia tabletek z jodkiem potasu.

Potwierdzam, że nie są mi znane żadne przeciwwskazania do przyjmowania przez moje dziecko tabletek i że jeśli takie wystąpią, natychmiast poinformuję o tym przedszkole.

**\*NIE, nie wyrażam zgody.**

…………………………………………..

data i podpis opiekuna prawnego

\*właściwe zaznaczyć

# DEKLARACJA ZGODY

Nazwisko i imię dziecka: ………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………...

Nazwisko i imię opiekuna prawnego:……………………………………………………………………

**\*TAK, wyrażam zgodę** (podczas pobytu w przedszkolu) na podanie mojemu dziecku na żądanie instytucji ochrony zdrowia tabletek z jodkiem potasu.

Potwierdzam, że nie są mi znane żadne przeciwwskazania do przyjmowania przez moje dziecko tabletek i że jeśli takie wystąpią, natychmiast poinformuję o tym przedszkole.

**\*NIE, nie wyrażam zgody.**

…………………………………………..

data i podpis opiekuna prawnego

\*właściwe zaznaczyć