

ZGODA NA SPRAWDZENIE CZYSTOŚCI GŁOWY DZIECKA**

(Przedszkole Publiczne w Krzeszowie)

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie u mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

kontroli czystości skóry głowy i włosów w przypadku podejrzenia wystąpienia wszawicy w grupie przedszkolnej.

- Kontrola będzie przeprowadzona przez upoważnionego pracownika przedszkola, z poszanowaniem godności i prywatności dziecka.
Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania przedszkola w przypadku stwierdzenia wszawicy u mojego dziecka, w celu umożliwienia podjęcia działań profilaktycznych w przedszkolu.
- Zostałem/am poinformowany/a że w przypadku stwierdzenia wszawicy u mojego dziecka zostanie mi ta informacja przekazana poufnie, a dziecko powinno pozostać w domu do czasu skutecznego zakończenia kuracji.
- Zostałem/am poinformowany/a o celu i zakresie przeprowadzanej kontroli.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić

**zgoda obowiązuje na cały okres korzystania z wychowania przedszkolnego w Przedszkolu Publicznym w Krzeszowie