

**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 363 IM. PROF. WITOLDA DOROSZEWSKIEGO**  
**UL. ROZŁOGI 10 W WARSZAWIE**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na codzienny pomiar temperatury mojego dziecka w momencie wejścia do szkoły oraz w każdej sytuacji, która budziłaby podejrzenie o pogorszeniu stanu zdrowia.

.....

*data*

.....

*podpis Rodzica/opiekuna*