|  |
| --- |
| Pruszcz Gdański dnia…………………………….Ja niżej podpisany ……………………………………………………………………………. pełnoletni uczeń klasy………………………………………….**Wyrażam / nie wyrażam zgodę na objęcie mojej osoby opieką profilaktyczną pielęgniarki szkolnej****oraz przeprowadzenie badań przesiewowych do bilansu zdrowia.**-------------------------------------------------------- Czytelny podpis pełnoletniego ucznia |