|  |
| --- |
| 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 |