

Imię i nazwisko ucznia .....

Klasa .....

### OŚWIADCZENIE RODZICA

Wyrażam zgodę na indywidualny przegląd czystości skóry głowy i skóry ciała w przypadku zagrożenia zainfekowaniem wszawicą lub chorobami zakaźnymi skóry, np. świerzem.

Oświadczenie dotyczy całego okresu kształcenia ucznia w szkole.

Data .....

Podpis rodzica.....

---

**POMORSKIE SZKOŁY RZEMIOŚŁ**  
Technikum nr 1 im. Wiesława Szajdy  
Branżowa Szkoła I stopnia nr 1 im. Wiesława Szajdy  
Liceum Ogólnokształcące dla dorosłych  
80-216 Gdańsk, ul. Sobieskiego 90 tel./fax (58) 341 22 01, [www.psr.gda.pl](http://www.psr.gda.pl), [psr@psr.gda.pl](mailto:psr@psr.gda.pl)

Imię i nazwisko ucznia .....

Klasa .....

### OŚWIADCZENIE RODZICA

Wyrażam zgodę na indywidualny przegląd czystości skóry głowy i skóry ciała w przypadku zagrożenia zainfekowaniem wszawicą lub chorobami zakaźnymi skóry, np. świerzem.

Oświadczenie dotyczy całego okresu kształcenia ucznia w szkole.

Data .....

Podpis rodzica.....

---

**POMORSKIE SZKOŁY RZEMIOŚŁ**  
Technikum nr 1 im. Wiesława Szajdy  
Branżowa Szkoła I stopnia nr 1 im. Wiesława Szajdy  
Liceum Ogólnokształcące dla dorosłych  
80-216 Gdańsk, ul. Sobieskiego 90 tel./fax (58) 341 22 01, [www.psr.gda.pl](http://www.psr.gda.pl), [psr@psr.gda.pl](mailto:psr@psr.gda.pl)