



**Szkoła Podstawowa im. Juliusza Słowackiego w Golinie**  
ul. Wolności 20; 62 – 590 Golina

e-mail: [szkola@spgolina.edu.pl](mailto:szkola@spgolina.edu.pl)    [www.spgolina.edu.pl](http://www.spgolina.edu.pl)

tel./ fax: (63) 2417 576

---

.....  
Imię i nazwisko ucznia, klasa

## Oświadczenie/zgoda

1) Zobowiązuję się do powiadomienia Dyrektora szkoły w przypadku objęcia mojej rodziny kwarantanną.

2) Wyrażam zgodę na kontrolne sprawdzanie temperatury ciała mojego dziecka z użyciem bezdotykowego termometru przy zaobserwowaniu objawów chorobowych, mogących wskazywać na infekcję dróg oddechowych.

3) Zobowiązuję się do niezwłocznego odebrania dziecka z placówki szkolnej w przypadku stwierdzenia objawów mogących wskazywać na zakażenie lub infekcję.

.....  
Czytelny podpis Rodzica

.....  
Czytelny podpis Rodzica

.....  
Numer telefonu Rodzica

.....  
Numer telefonu Rodzica