![logo_sp_59[1]]()SZKOŁA PODSTAWOWA NR 59 IM. BOLESŁAWA KRZYWOUSTEGO W SZCZECINIE

DRUK NR 10

**ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA**

Wyrażam zgodę̨ na czas trwania stanu epidemii, w związku z zagrożeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na badanie temperatury ciała mojego dziecka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię̨ i nazwisko dziecka)

w przypadku wystąpienia u niego objawów chorobowych sugerujących infekcję dróg oddechowych (np. kaszel, duszności) lub w przypadku złego samopoczucie sugerującego podwyższoną temperaturę ciała/przy wejściu do przedszkola.

*Powyższa zgoda ma na celu realizację przez placówkę̨ działań́ prewencyjnych i zapobiegawczych związanych z ogłoszonym stanem epidemii.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis rodzica/opiekuna prawnego