**NA WYKONANIE BADANIA CZYSTOŚCI GŁOWY**

Zgoda na rok szkolny 2021/2022

Wyrażam zgodę na okresowa badania czystości głowy u mojego

dziecka……………………………………………………………………………………….

w celu ewentualnemu zapobieganiu rozprzestrzeniania się wszawicy wśród dzieci.

Data i podpisy rodziców:………………………………..

Mama:…………………………………………………………..

Tata:……………………………………………………………….