****

**Zgoda na sprawdzenie czystości głowy.**

Zgadzam się na sprawdzenie stanu czystości głowy mojego dziecka ......................................................................................................................................... przez pielęgniarkę podczas pobytu w żłobku/ przedszkolu w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą.

 ………………………… …………………………

data, czytelny podpis ojca / opiekuna prawnego data, czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego

****

**Zgoda na sprawdzenie czystości głowy.**

Zgadzam się na sprawdzenie stanu czystości głowy mojego dziecka ......................................................................................................................................... przez pielęgniarkę podczas pobytu w żłobku/ przedszkolu w celu wyeliminowania zarażeń wszawicą.

 ………………………… …………………………

data, czytelny podpis ojca / opiekuna prawnego data, czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego