

**Zgoda pełnoletniego ucznia/rodzica na udział w konsultacjach
organizowanych w Zespole Szkół im. profesora Romana Gostkowskiego
w Łazach od dnia 02.06.2020r.**

Wyrażam zgodę na udział: w dobrowolnych
konsultacjach dla uczniów klasy.....odbywających się w dn.

/imię i nazwisko ucznia/

.....

/klasa/

/data/

Oświadczam, że znane są mi wytyczne GIS, MZ, MEN i aktualne zasady sanitarno-higieniczne obowiązujące w placówce podczas stanu epidemii. Zobowiązuję się dostosować do procedur, które zostały wprowadzone w szkole w zakresie organizacji konsultacji oraz natychmiastowego odbioru ucznia w momencie powiadomienia o niepokojących objawach chorobowych. Mam również świadomość możliwości zarażenia się/mojego dziecka wirusem COVID-19 w szkole i biorę odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną o uczestnictwie w konsultacjach.

.....
/data i czytelny podpis rodzica/opiekuna/

.....
/data i czytelny podpis pełnoletniego ucznia/

**Zgoda pełnoletniego ucznia/rodzica na udział w konsultacjach
organizowanych w Zespole Szkół im. profesora Romana Gostkowskiego
w Łazach od dnia 02.06.2020r.**

Wyrażam zgodę na udział: w dobrowolnych
konsultacjach dla uczniów klasy.....odbywających się w dn.

/imię i nazwisko ucznia/

.....

/klasa/

/data/

Oświadczam, że znane są mi wytyczne GIS, MZ, MEN i aktualne zasady sanitarno-higieniczne obowiązujące w placówce podczas stanu epidemii. Zobowiązuję się dostosować do procedur, które zostały wprowadzone w szkole w zakresie organizacji konsultacji oraz natychmiastowego odbioru ucznia w momencie powiadomienia o niepokojących objawach chorobowych.

Mam również świadomość możliwości zarażenia się/mojego dziecka wirusem COVID-19 w szkole i biorę odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną o uczestnictwie w konsultacjach.

.....
/data i czytelny podpis rodzica/opiekuna/

.....
/data i czytelny podpis pełnoletniego ucznia/