**NA WYKONANIE BADANIA CZYSTAOŚCI GŁOWY**

Zgoda na rok szkolny 2022/23

Wyrażam zgodę na okresowe badania czystości głowy u mojego

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

w celu ewentualnemu zapobieganiu rozprzestrzeniania się wszawicy wśród dzieci.

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

Mama:…………………………………………………………..

Tata:……………………………………………………………….