

OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW

UCZNIA

NA OKRES NAUKI W SZKOLE SOSW W PUCKU

I. **Wrażam zgodę** na objęcie mojego dziecka opieką medyczną w okresie nauki w szkole w zakresie:

- *Kontroli czystości ciała i włosów,*
- *Badania przesiewowego, bilansowego,*
- *Fluoryzacji zębów*

.....
(*podpis rodzica-opiekuna / ucznia pełnoletniego*)

II. **Wyrażam zgodę*** na objęcie dziecka zajęciami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

- terapia psychologiczna**
- terapia pedagogiczna**
- terapia logopedyczna**

oraz

zajęciami rewalidacyjnymi wynikającymi z ramowego planu nauczania, zamieszczonymi w Indywidualnym Programie Edukacyjno-Terapeutycznym.

.....
(*podpis rodzica-opiekuna / ucznia pełnoletniego*)

*zaznaczyć krzyżykiem w kratce