ZGODY- rok szkolny 2026/2027

Imię i nazwisko ucznia ……

Lp.	RODZAJ ZGODY	Tak/Nie	PODPIS RODZICA/ OPIEKUNA
1.	Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu w razie nieobecności nauczyciela (odwołanie zajęć). **Dotyczy klas 4-8**		
2.	Wyrażam zgodę na kontrolę czystości w ramach przeglądów organizowanych przez pielęgniarkę szkolną. **Dotyczy klas 1-8**		
3.	Wyrażam zgodę na fluoryzację organizowaną przez pielęgniarkę szkolną. **Dotyczy klas 1-8**		
4.	Wyrażam zgodę na opiekę i udział mojego dziecka w zajęciach prowadzonych przez specjalistów szkolnych i Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lipca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. **Dotyczy klas 1-8**		