*Załącznik 8*

# KARTA ODBIORU DZIECKA ZE SZKOŁY

Niniejszym potwierdzam odebranie dziecka ze szkoły z powodu złego samopoczucia / zaistniałych objawów chorobowych. Od tego momentu biorę na siebie pełną odpowiedzialność za dziecko. Po konsultacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistą zobowiązuję się do poinformowania szkoły o stanie zdrowia dziecka.

data, godzina odbioru: ……..

…….
podpis rodzica / opiekuna prawnego