Chrzanów, dnia ………………

………………………………………

*Imię i nazwisko rodzica*

…………………………………………

*Adres zamieszkania*

**Oświadczenie rodzica małoletniego ucznia**

**w przedmiocie zgody na objęcie opieką ucznia przewlekle chorego lub niepełnosprawnego**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na objęcie opieką ucznia przewlekle chorego/ niepełnosprawnego\* …………………………..…………………….…...………, urodzonego
  */imię i nazwisko/*

dnia …………., ucz. kl. ….... Szkoły Podstawowej Nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi im. Szarych Szeregów w Chrzanowie w zakresie świadczeń o których mowa w art. 20 i art. 21 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078).

Informacje dotyczące sposobu opieki nad uczniem dostosowanego do stanu zdrowia ucznia, podawania leków lub wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………….
 */podpis rodzica/*