Karta kwalifikacyjna na zajęcia rewalidacji/WWR ZSP nr 12 we Wrocławiu

……..
Imię i nazwisko zgłaszanego dziecka

Istnieje możliwość zarażenia dziecka COVID19 przez dzieci lub pracowników ZSP 12 będących nosicielami bezobjawowymi.

Czy pomimo tego deklarują Państwo chęć skorzystania z zajęć rewalidacji/WWR (niepotrzebne skreślić) w trakcie trwania epidemii COVID – 19 i wyrażają na nie zgodę?

TAK	NIE

Proszę zaznaczyć/podkreślić właściwą

Jednocześnie informuję, kto będzie odbierał i przyprowadzał dziecko na zajęcia (nie dotyczy dzieci zapisanych na zajęcia opiekuńcze w szkole lub przedszkolu, dla których zajęcia rewalidacji/WWR będą organizowane w trakcie ich trwania).

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do przyprowadzania i odbioru dziecka	**Podpis osoby upoważnionej (nie dotyczy rodziców/opiekunów prawnych)**
1.	
2.	
3.	
4.	

1. …….

2. …….
Podpisy obojga rodziców/opiekunów prawnych

……..
Miejscowość i data