

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(adres)

## **OŚWIADCZENIE**

### **dotyczące prowadzenia bezpośrednich zajęć rewalidacji**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na uczestniczenie mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

w bezpośrednich zajęciach rewalidacyjnych w wymiarze 2 godzin tygodniowo, w okresie od 18 maja 2020 r. do końca zajęć dydaktycznych w roku szkolnym 2019/2020, w Szkole Podstawowej Nr 6 w Nowej Soli.

Oświadczam, że znane są mi wytyczne dotyczące zachowania bezpieczeństwa sanitarnego obowiązujące w szkole i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić