OŚWIADCZENIE KARTA ZDROWIA UCZNIA

W związku z zakończeniem edukacji mojego syna / córki w Szkole Podstawowej nr ..... w Warszawie

Ja niżej podpisana/y:

- **rodzic / opiekun prawny** .....
  (imię nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

ucznia/ uczennicy .....PESEL.....
(imię nazwisko ucznia)

Proszę o przekazanie dokumentacji medycznej ,Karta Zdrowia Ucznia " do:

1. Szkoły w której będzie kontynuował naukę

.....
(nazwa szkoły oraz dokładny adres szkoły)

....
(miejscowość/data) Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

*Podstawa prawna – Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019r o opiece zdrowotnej nad uczniami.

OŚWIADCZENIE KARTA ZDROWIA UCZNIA

W związku z zakończeniem edukacji mojego syna / córki w Szkole Podstawowej nr ..... w Warszawie

Ja niżej podpisana/y:

- **rodzic / opiekun prawny** .....
  (imię nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

ucznia/ uczennicy .....PESEL.....
imię nazwisko ucznia klasa

Proszę o przekazanie dokumentacji medycznej ,Karta Zdrowia Ucznia " do:

1. Szkoły w której będzie kontynuował naukę

.....
(nazwa szkoły oraz dokładny adres szkoły)

....
(miejscowość/data) Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

*Podstawa prawna – Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019r o opiece zdrowotnej nad uczniami.