

OŚWIADCZENIE KARTA ZDROWIA UCZNIĄ

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

Ja niżej podpisana/y:

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

ucznia/ uczennicyPESEL.....
(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)

.....
(miejsowość/data)

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

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