**OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY
NA PODANIE DZIECKU TABLETEK JODU
na terenie Miejskiego Integracyjnego Przedszkola Nr 10 w Żyrardowie.**

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia ………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna: ……………………………………………………………..................

 …………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią broszury informacyjnej** zamieszczonej na stronie przedszkola oraz w szatni dla rodziców

 **i WYRAŻAM ZGODĘ**

na podanie mojemu dziecku tabletek jodku potasu na polecenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, po wystąpienia zagrożenia na terenie kraju.

Potwierdzam, że nie są mi znane żadne przeciwskazania do przyjęcia tabletek jodku potasu przez moje dziecko.

…………………………………………………………………………..

…………………………………………… …………………………………………………………………………..

Data czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów