

## ZGODA RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Imię i nazwisko dziecka: .....

1. W razie nagłej potrzeby zgadzam się na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów przez odpowiednie służby medyczne oraz hospitalizację dziecka w celu ratowania jego życia lub zdrowia

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

2. Przegląd skóry głowy przez wykwalifikowaną pielęgniarkę w celu zapobiegania i wykrywania wszawicy

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

3. Obserwacja dziecka przez psychologa na terenie żłobka w celu oceny jego funkcjonowania i rozwoju

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

4. Obserwacja dziecka przez logopedę na terenie żłobka w celu oceny rozwoju mowy i komunikacji

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

5. Prowadzenie arkusza obserwacyjnego rozwoju dziecka:

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

6. Wyjścia dziecka poza teren żłobka w ramach spacerów organizowanych przez placówkę pod opieką pracowników żłobka

Wyrażam zgodę     Nie wyrażam zgody

Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego: .....

.....