**Data ……………..**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że moje dziecko nie ma żadnych objawów infekcji górnych dróg oddechowych
oraz zobowiązuję się do niezwłocznego (do 12 godzin) odbioru dziecka z wypoczynku w przypadku wystąpienia u dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).**

**Dane dziecka**

PESEL ……………………………………………………………………………………………...

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

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………...

Numer telefonu do opiekuna ………………………………………………………………………

 ……………………………………………...

Podpis prawnego opiekuna