Załączniki nr 2

Zgoda rodzica/pełnoletniego ucznia* na przekazanie informacji o chorobie przewlekłej .

Ja, niżej podpisany ……..wyrażam zgodę na przekazanie informacji Radzie Pedagogicznej i pozostałym pracownikom Zespołu Szkół Ponadpodstawowych Nr 3 im. Armii Krajowej w Zamościu w celu udzielenia niezbędnej pomocy w związku z chorobą przewlekłą……..…….

(*imię i nazwisko osoby przewlekle chorej*)

ucznia/uczennicy klasy …….

Zamość, dnia …… …….

(*Podpis rodzica /pełnoletniego ucznia)*

**właściwe proszę podkreślić*