



.....

imię i nazwisko

.....

miejsowość, data

.....

telefon do natychmiastowego kontaktu

Oświadczam:

Jestem zdrowy/a oraz w ciągu 14 dni nie miałem kontaktu z żadną osobą zarażoną przebywającą w kwarantannie lub izolacji. W przypadku wystąpienia objawów chorobowych powiadomię szkołę o tym fakcie.

.....

*Czytelny podpis ucznia pełnoletniego
lub opiekuna prawnego*