

DEKLARACJA KORZYSTANIA Z ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH W SZKOLE

.....
(imię i nazwisko dziecka)

Czy deklarują Państwo chęć korzystania z zajęć rewalidacyjnych w trakcie trwania epidemii COVID -19 od 21.05.2020r.

TAK		NIE	
------------	--	------------	--

Godzina przyścia		Godzina wyjścia	
-------------------------	--	------------------------	--

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź TAK/NIE, następnie określić godziny pobytu dziecka zgodnie z wytycznymi terapeuty prowadzącego zajęcia rewalidacyjne.

Nauczyciel terapeuta:

1. Bogumiła Siedlecka
2. Joanna Henke
3. Anna Kowalik

Proszę, podkreślić imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia.

Podpisy obojga rodziców /prawnych opiekunów

.....
(data)

.....
(podpisy)