**WZÓR**

**DEKLARACJA ZGODY**

**rodziców / opiekunów prawnych**

**na przyjęcie tabletek z jodkiem potasu**

Imię i nazwisko dziecka……………………………………….. data urodzenia………………

Imiona i nazwisko rodziców/ opiekuna prawnego………….………………………………………….

**TAK**, wyrażam zgodę (na okres pobytu w szkole/przedszkolu) na podanie mojemu dziecku tabletek z jodkiem potasu w razie zagrożenia radiacyjnego. Potwierdzam, ze nie są mi znane żadne przeciwwskazania do przyjmowania przez moje dziecko tabletek i że jeśli takie wystąpią, natychmiast poinformuję o tym szkołę/przedszkole\*

**NIE,** nie wyrażam zgody\*

Złotów, dnia…………………… ……………………………………… podpis rodziców / opiekunów prawnych

\*niepotrzebne skreślić