.....
Pieczątka szkoły / gabinetu

.....
Miejscowość / data

OŚWIADCZENIE - KARTA ZDROWIA UCZNIA

W związku z zakończeniem edukacji mojego syna / córki w Szkole Podstawowej nr ..... w .....

Ja niżej podpisana/y:

- **rodzic / opiekun prawny** .....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

ucznia/ uczennicy ..... PESEL .....
(imię i nazwisko ucznia)

potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej „ Karta Zdrowia Ucznia " oraz **zobowiązuję się** do przekazania jej do szkoły w której syn / córka będzie kontynuował/a naukę.

.....
Pieczątka i podpis osoby przekazującej

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego