



Polska Szkoła im. Gen. Wł. Andersa

POZWOLENIE RODZICÓW NA WYJAZD DZIECKA

Ja, rodzic/opiekun _____
(imię i nazwisko ucznia)

_____ dnia ____ / ____ / ____
(miejsce) (data)

Godzina wyjazdu _____ (w przybliżeniu) czas powrotu _____

Cena : \$ _____

Udzielam pozwolenia swojemu synowi/córce na wyjazd z nauczycielem _____
(Imię i nazwisko nauczyciela)

do _____ i powrót do szkoły _____
(nazwa miejsca) (rodzaj transportu)

KONTAKT W RAZIE WYPADKU

Podczas wyjazdu dziecka jestem dostępny(a) pod numerem telefonu: ____ - ____ - ____

W razie niemożliwości skontaktowania się ze mną proszę dzwonić do _____

nr telefonu : ____ - ____ - ____

W razie wypadku nauczyciel /opiekun grupy ma prawo wezwać ambulans (dzwoniąc na nr 911) i udzielić pierwszej pomocy mojemu dziecku.

Moje dziecko ma: (proszę zaznaczyć)

- Allergię (proszę wymienić): _____
- Astmę
- Cukrzycę
- Inne schorzenia i dolegliwości _____

Lekarstwa, które dziecko musi wziąć podczas wyjazdu:

Podpis rodziców / opiekunów _____ Data ____ / ____ / ____