

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
NA ZDEJMOWANIE PRZEZ UCZNIA APARATU SŁUCHOWEGO**

Ja, niżej podpisany/a,.....

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

opiekun prawny ucznia/uczennicy:

(imię i nazwisko dziecka)

uczęszczającego/uczestniczącej do Szkoły Podstawowej nr 39 dla Dzieci Słabosłyszących,
Niesłyszących i z Afazją w Bielsku-Białej,

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na zdejmowanie przez moje dziecko aparatu
słuchowego podczas zajęć świetlicy szkolnej na podwórku szkolnym oraz sali gimnastycznej.

*właściwie podkreślić

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/a, że nie zdejmowanie aparatu słuchowego wiąże się z ryzykiem jego uszkodzenia, zagubienia lub zniszczenia w trakcie zabawy lub innych aktywności w świetlicy.
2. Biorę na siebie **pełną odpowiedzialność finansową** za ewentualne koszty naprawy, wymiany lub zakupu nowego aparatu słuchowego w przypadku jego uszkodzenia bądź utraty podczas pobytu dziecka w świetlicy.
3. Szkoła Podstawowa nr 39 oraz pracownicy świetlicy **nie ponoszą odpowiedzialności** za uszkodzenie, zniszczenie lub zagubienie aparatu słuchowego w sytuacji, gdy dziecko samodzielnie decyduje się na jego zdjęcie.

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)