

## **Zespół Przedszkoli Nr 2**

ZESPÓŁ PRZEDSZKOLI Nr 2 w ŚWIDNIKU  
21-040 Świdnik  
ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 1  
Tel./fax 81 468-59-34

21-040 Świdnik, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 1  
tel/fax: (0-81) 468-59-34  
[zp2@oswiata.e-swidnik.pl](mailto:zp2@oswiata.e-swidnik.pl)

Świdnik, dnia .....

### **Oświadczenie o stanie zdrowia dziecka po przebytej wszawicy**

Ja, niżej podpisana/podpisany .....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

oświadczam, że dziecko .....  
(imię i nazwisko dziecka)

po zastosowaniu preparatu .....  
(nazwa preparatu na wszy i gnidy)

w okresie od ..... do .....  
(przedział czasowy/data stosowania preparatu)

jest zdrowe i może uczęszczać do przedszkola. Leczenie zakończono.

W załączeniu przedkładam oryginał / kserokopię\* karty specyfikacji/ulotki zastosowanego preparatu.

.....  
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić