**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH SENSOPLASTYKI®**

Ja, niżej podpisany/a:

**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:** ..............................................................
**Telefon kontaktowy:** ............................................................................................
**Adres e-mail (opcjonalnie):** ..................................................................................

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

**Imię i nazwisko dziecka:** ....................................................................................
**Data urodzenia dziecka:** ...............................................

w zajęciach **Sensoplastyki®**, organizowanych przez Strzelecki Ośrodek Kultury w dniu:

⬜ 25.10.2025r.

⬜ 22.11.2025r.

⬜ 13.12.2025r.

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

Zajęcia Sensoplastyki® odbywają się z wykorzystaniem produktów spożywczych (np. mąki, ryżu, makaronu, jogurtu, kaszy, kakao itp.).
Bardzo prosimy o uważne wypełnienie poniższego pytania:

1. **Czy dziecko ma stwierdzone ALERGIE pokarmowe lub uczulenia na którykolwiek z poniższych składników lub inne produkty spożywcze?**

⬜ **TAK**, dziecko ma alergię na (proszę zaznaczyć lub dopisać):
    ⬜ mąka (np. pszenna, żytnia)
    ⬜ makaron
    ⬜ ryż
    ⬜ jogurt / mleko / nabiał
    ⬜ kakao / czekolada
    ⬜ owoce (jakie?) ........................................................
    ⬜ inne: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................

⬜ **NIE**, dziecko nie ma alergii pokarmowych.

Jeśli dziecko ma inne alergie (np. skórne, wziewne), proszę je opisać poniżej:
..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**ZGODY I OŚWIADCZENIA**

⬜ Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach i oświadczam, że zapoznałem/am się z charakterem zajęć Sensoplastyki®.

⬜ Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach i oświadczam, że zapoznałem/am, z informacją, że zajęcia **Sensoplastyki®** odbywają się z użyciem produktów spożywczych oraz różnorodnych materiałów, które mogą prowadzić do intensywnego brudzenia się dzieci.

⬜ Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na uczestnictwo w ww. zajęciach.

...................................................................

**Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego**