

OŚWIADCZENIE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia mojego
dziecka..... zgadzam się na leczenie szpitalne,
zabiegi diagnostyczne, operacje.

W razie przeziębienia, bólu głowy, zęba, brzucha itp. wychowawca/ trener może podać mojemu
dziecku następujące leki:

.....

.....
(miejsowość data)

.....
(podpis rodziców, opiekunów)