

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na podejmowanie przez kierownika lub opiekuna decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego Dziecka. Upoważniam go również do odbioru mojego Dziecka ze szpitala.

.....

Podpis Rodzica lub Opiekuna
(Imię i Nazwisko)

Imię Nazwisko Dziecka:

PESEL Dziecka:

Nr legitymacji szkolnej:

Patronat:



Partnerzy:

