

.....
/imię i nazwisko rodzica /opiekuna/

.....
/adres/

.....
/telefon/



ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/-ej),
ur....., zam.....
przebywającego(ej) na obozie

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*

- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.

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

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

*niepotrzebne skreślić