

.....  
/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 \***

na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach  
lecniczych,

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