

.....
/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