U P O W A Ż N I E N I E

 Ja, niżej podpisany/a, ojciec/matka/ opiekun prawny

................................................................................................................................................................
(Imię Nazwisko PESEL dziecka)

- wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich czynności medycznych, diagnostycznych i leczniczych, uznanych za konieczne przez personel medyczny w przypadku nagłego zdarzenia zdrowotnego u mojego dziecka- do czasu , gdy uprawniony rodzic lub opiekun będzie mógł złożyć stosowne oświadczenie.

W przypadku niestwierdzenia wskazań do hospitalizacji upoważniam:

..................................................................................................................................................................
(Imię Nazwisko PESEL opiekuna – np. trener)

do odbioru mojego dziecka ze szpitala na moją odpowiedzialność.

...........................................................................
(data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)

UWAGA ! Oświadczenie wypełnia rodzic lub prawny opiekun dziecka w całości własnoręcznie !

\*niepotrzebne skreślić

ZGODA RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW
NA PRZEJAZD AUTOKAREM

Ja …………………………………………………………………………………………………………..
 (Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

Zamieszkała/y ………………………………………………………………………………………………….............
 (Adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przejazd mojego dziecka ………………………………………………………….
 (imię i nazwisko dziecka)

autokarem do …………………………………………………. w dniu …………………………………………..

…………………………………………………………………….
(data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)