

Data.....

/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 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