

.....  
/imię i nazwisko rodziców /opiekunów/

.....  
/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 wyjeździe do .....  
w dniach.....

**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 rodziców (opiekunów prawnych)

**\*Niepotrzebne skreślić**