

.....
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