

ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem mojego dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia bądź życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania zimowiska w Murzasichle od 18.01.2025r. – 25.01.2025r

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Busko - Zdrój, r.

.....
podpis rodzica /opiekuna

ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem mojego dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia bądź życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania zimowiska w Murzasichle od 18.01.2025r. – 25.01.2025r

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Busko - Zdrój, r.

.....
podpis rodzica /opiekuna

ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem mojego dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia bądź życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania zimowiska w Murzasichle od 18.01.2025r. – 25.01.2025r

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Busko - Zdrój, r.

.....
podpis rodzica /opiekuna