

## OŚWIADCZENIE

Biorę odpowiedzialność materialną za umyślnie spowodowane szkody przez  
mojego(ją) syna/córkę .....  
/ imię i nazwisko dziecka/

podczas pobytu na kolonii w Łebie od **09.07.2025r. – 18.07.2025r**

Busko - Zdrój, .....2025 r

(podpis rodzica/opiekuna)

## ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem  
mojego dziecka ..... w przypadku zagrożenia jego  
zdrowia bądź życia przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania kolonii w Łebie  
od **09.07.2025r. – 18.07.2025r** organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci  
Oddział Powiatowy w Busku Zdroju.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi  
diagnostyczne, operacje./ po wcześniejszym, natychmiastowym powiadomieniu rodziców  
dziecka/

Busko - Zdrój, .....2025 r.

.....  
podpis rodzica /opiekuna