

OŚWIADCZENIE

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

podczas pobytu na kolonii w Rowach od **07.07.2025r. – 17.07.2025r**

Busko - Zdrój,2025 r

.

(podpis rodzica/opiekuna)

OŚWIADCZENIE

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

podczas pobytu na kolonii w Rowach od **07.07.2025r. – 17.07.2025r**

Busko - Zdrój,2025 r

.

(podpis rodzica/opiekuna)

OŚWIADCZENIE

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

podczas pobytu na kolonii w Rowach od **07.07.2025r. – 17.07.2025r**

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 **Rowach**
od **07.07.2025r.** – **17.07.2025r** 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 poinformowaniu rodziców/

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 **Rowach**
od **07.07.2025r.** – **17.07.2025r** 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 poinformowaniu rodziców/

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 **Rowach**
od **07.07.2025r.** – **17.07.2025r** 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 poinformowaniu rodziców/

Busko - Zdrój,2025 r.

.....
podpis rodzica /opiekuna