

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 kolonii w Niechorzu organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju w terminie od **04.08.2025 – 11.08.2025**

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